UNIVERSITÉ DE REIMS

FACULTÉ DE MÉDECINE

ETABLISSEMENT PUBLIC A CARACTERE SCIENTIFIQUE ET CULTUREL

ANNEE 1971

N 19

THESE

DE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

FROMENTIN Michel

né le 13-5-42 à Reims

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 14 JUIN 1971

DEUIL ET INVOLUTION

- Essai de synthèse des travaux sur le deuil
- Son incidence dans l'involution

Président : M. le Professeur Henri EZES

Imp.J.Pillon - 28, pl. René Goblet - Amiens (80)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542719_0025

UNIVERSITÉ DE REIMS

FACULTÉ DE MÉDECINE

ETABLISSEMENT PUBLIC A CARACTERE SCIENTIFIQUE ET CULTUREL

ANNEE 1971

N 19

THESE

DE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

FROMENTIN Michel

né le 13-5-42 à Reims

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 14 JUIN 1971

DEUIL ET INVOLUTION

- Essai de synthèse des travaux sur le deuil
- Son incidence dans l'involution

Président : M. le Professeur Henri EZES

Imp.J.Pillon - 28, pl. René Goblet - Amiens (80)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur Henri EZES

Professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale
Doyen honoraire de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Reims
Chef de Service
Chevalier de l'ordre national de la légion d'honneur
Officier des Palmes Académiques

Vous me faites le grand honneur d'accepter de présider cette thèse.
Vous m'avez montré votre intérêt pour ce sujet dès notre première entrevue.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Louis VILDE

Professeur titulaire de la chaire de clinique médicale
Doyen honoraire de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Reims
Chef de service
Chevalier de l'ordre national de la légion d'honneur
Commandeur de l'ordre des Palmes Académiques
Croix au mérite de 1ère classe de l'ordre souverain militaire de Malte
Médaille de bronze de la Recherche et de l'Invention

Vous avez été mon premier maitre à l'hopital où la rigueur de votre pensée a marqué le jeune étudiant que j'étais.
Nous avons bénéficié à la faculté de la grande clarté de votre enseignement
Vous m'avez fait l'extrême honneur d'accepter de siéger dans mon jury
Permettez moi de vous exprimer ma très respectueuse gratitude

A Monsieur le Professeur Gérard PASCALIS

Maitre de conférences agrégé de psychiatrie
Chef de service

Nous savons que vous vous êtes intéressé de près à
plusieurs aspects envisagés dans cette thèse
Vous me faites l'honneur d'accepter d'être de nos juges
Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance

A Monsieur le Professeur Julien MORICE

Maitre de conférences agrégé de neurologie

Chef de service

Chevalier de l'ordre de la santé publique

Votre chaleureuse bienveillance auprès des malades a constitué un modèle pour mes premiers pas en psychiatrie

Votre présence attentionnée pendant mon externat me restera présente à l'esprit.

L'enseignement pratique de la neurologie dont vous nous avez fait bénéficier me sera très précieuse pour mon exercice de la psychiatrie

Que vous en soyez vivement remercié.

UNIVERSITE DE REIMS

FACULTE DE MEDECINE

Etablissement public à caractère scientifique et culturel

Directeur honoraire de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de REIMS
.....M.R. FRANQUET

Doyen honoraire de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de REIMS
.....M. L VILDE

Professeurs honoraires.....MM. A. JACQUINET,
M. LEULIER R. LEFEVRE

Doyen, Président de l'E. P. C. S. C, Directeur de l'U. E. R. H. GEOFFROY

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.

J. BASTIEN.....Clinique chirurgicale

J. BOREL.....Biochimie médicale

H. CHOISY.....Pharmacologie

G. DROPSY.....Bactério-Viro-Immunologie

J. M. DUBOIS DE MONTREYNAUD.....Pathologie expérimentale

H. EZES.....Clinique obstétricale

M. FANDRE.....Clinique de pédiatrie et de puériculture

H. GEOFFROY.....Pathologie médicale

P. QUEREUX.....Anatomie

J. RIVES.....Pathologie chirurgicale

J. VALEYRE.....Biophysique médicale

L. VILDE.....Clinique médicale

D. ZAGURY.....Histologie-Embryologie

.../...

PROFESSEURS TITULAIRES A TITRE PERSONNEL

MM.

T. CAULET..... Anatomie pathologique

R. NATAF..... Ophtalmologie

PROFESSEURS SANS CHAIRES

MM.

G. BOFFA..... Biochimie médicale

P. GAUGE..... Physiologie

Y. GERARD..... Chirurgie générale

G. PETIT MAIRE..... Hygiène, médecine préventive et médecine du travail

J. RISTELHUEBER..... Thérapeutique

PROFESSEURS CHARGES DE COURS A TITRE PERMANENT

MM.

M. JACQUET..... Anatomie pathologique

R. LARDENNOIS..... Pathologie chirurgicale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

J. J. ADNET..... Anatomie pathologique

A. BAJOLET..... Cardiologie

J. BOY..... Hématologie

A. CATTAN..... Cancérologie

R. COFFIN..... Pédiatrie

P. COUDOUX..... Médecine générale

.../...

C. DELTOUR..... Biophysique

J. DEVILLE..... Médecine interne

M. DUFOUR..... Médecine générale

J. GOUGEON..... Médecine générale

F. GUYOT..... Neuro-chirurgie

M. HARDEL..... Cardiologie

S. KOCHMANN..... Pneumo-physiologie

M. LEUTENEGGER..... Médecine générale

J. MORICE..... Neuro-psychiatrie

H. NICAISE..... Chirurgie-générale

S. PAROT..... Physiologie

G. PASCALIS..... Neuro-psychiatrie

F. PENNAFORTE..... Pédiatrie

M. RANDOUX..... Chimie biologique

Melle J. RENDOING..... Anesthésiologie

M. SEGAL..... Electroradiologie

MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

MM.

P. WAHL..... Gynécologie & obstétrique

P. ZEITOUN..... Histologie-Embryologie

Secrétaire : R. DOHAIN

Bibliothécaire : J. PITHOIS

A Feu Monsieur le Professeur R. COCHEME

Maitre de conférences agrégé de neuro-psychiatrie

Il fut à l'origine de mon intérêt pour la psychiatrie

Que ce travail soit dédié à sa mémoire

A Monsieur le Docteur Pierre DELTEIL

Médecin Chef de service des Hôpitaux psychiatriques de la Seine
Croix de Guerre

Vous m'avez fait bénéficier pendant mon internat de votre grande expérience de la psychiatrie.
Votre aide m'a permis de terminer mon internat par une quatrième année dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine
Vous m'avez inspiré le sujet de cette thèse
Qu'elle soit le témoignage de ma vive gratitude.

A ma femme

Que notre union dans la réalisation de nos thèses
ne soit qu'un faible reflet de notre amour.

A la mémoire de mon père

Que j'aurai connu si peu de temps et dont j'aurai tant souhaité la présence.
En espérant avoir pu réaliser dans ces études médicales une part de ses désirs les plus chers.

A ma mère

Son abnégation et ses sacrifices m'ont permis d'entreprendre et de mener à bien, jusqu'à cette thèse, mes études médicales.

Qu'elle trouve ici une preuve de ma gratitude et de ma profonde affection.

- A mes beaux- parents

- A ma filleule Florence

- A toute ma famille

- A mes amis

Par délibération en date du 9 février 1968, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

INTRODUCTION

Le point de départ de ce travail a été l'ouverture d'un service de Gériatrie à l'intérieur d'un pavillon d'admission classique à l'hôpital Psychiatrique d'AMIENS, par le docteur DELTEIL.

Alors qu'auparavant les vieillards hospitalisés pour des troubles divers ne s'amélioraient que très lentement, l'ouverture de ce service a permis d'observer des améliorations parfois spectaculaires : disparition de gâtisme tenace, reprise d'activités, transformation de l'humeur.

C'est à cette dernière modification que l'on s'est attaché pour tenter de comprendre cette évolution. Nous avions remarqué et trouvé confirmation dans la littérature que les affects dépressifs étaient particulièrement fréquents chez les vieillards, constitués : d'inhibition, de ruminations morbides, de plaintes diverses, de sentiments de déchéance et de dévalorisation. Le fait de placer ces vieillards dans un cadre adapté, avec un personnel attaché plus spécialement à les soigner, de leur proposer des activités variées, permit de diminuer l'intensité et la fréquence de ces affects dépressifs dans un premier temps ; puis de voir réapparaître intérêt, activités spontanées, avec amélioration des performances intellectuelles chez un certain nombre d'entre eux.

La lecture d'un intéressant travail de CIOMPI et LAÏ nous a démontré que, chez les vieillards ayant des antécédents dépressifs typiques, une structure dépressive n'était pas un facteur aggravant.

Il existait donc un paradoxe : la disparition des affects dépressifs entraîne une amélioration générale alors qu'une structure dépressive ne présente pas de facteur réellement péjoratif pour l'évolution.

En fait c'est la lecture de FREUD "deuil et mélancolie" qui nous mit sur une nouvelle voie de recherche. Le deuil entraîne des états dépressifs qui sont considérés comme normaux. Or il est évident que pour le vieillard le deuil est une expérience obligatoire à un moment ou à un autre.

Nous avons donc décidé d'entreprendre une étude approfondie sur le deuil.

A notre grand étonnement il n'existe que peu de travaux dans la littérature psychiatrique française. En dehors des articles de LAGACHE qui s'est penché à plusieurs reprises sur ce problème, nous ne trouvons que des études parcellaires qui n'envisagent le plus souvent le deuil que comme facteur déclenchant de maladies psychiatriques bien définies.

Alors que FREUD s'est consacré à approfondir les mécanismes du deuil, qui fait partie d'un titre d'un de ses articles fondamentaux : "deuil et mélancolie", il n'est fait aucune mention du deuil dans le "vocabulaire de psychanalyse" de LAPLANCHE et PONTALIS, qui se veut pourtant être un exposé exhaustif des ouvrages freudiens. Le deuil n'est pas mentionné non plus dans le "manuel alphabétique de psychiatrie" de POROT. Cette méconnaissance systématique, LAGACHE (1938) nous dit qu'elle correspond à la peur de la mort présente en chacun de nous.

Par contre d'importants travaux existent dans les pays anglo-saxons centrés sur l'étude des caractères pathologiques du deuil, d'un point de vue statistique. Ces auteurs, dans de nombreux articles, tentent d'apprécier le rôle pathogène de la mort de parent dans l'enfance.

Deux courants se dessinent : les travaux psychanalytiques d'une part, l'étude statistique de la pathologie du deuil d'autre part.

Nous avons donc décidé de tenter une synthèse de ces différents travaux. La compréhension des mécanismes fondamentaux du deuil doit passer par une étude psychanalytique des conceptions de FREUD, ABRAHAM, Mélanie KLEIN pour ne citer que les plus importantes. Ceci constituera la majeure partie de notre travail.

Le deuil étant considéré comme une perte de relation d'objet, il est indispensable de définir la relation d'objet pour envisager une compréhension psychanalytique du deuil.

N'étant pas psychanalyste nous avons rapporté de longues et nombreuses citations afin de déformer le moins possible la pensée des auteurs.

Cette synthèse, difficile car se référant à des théories parfois contradictoires, nous a amené à faire part de certaines de nos réflexions concernant des travaux n'ayant pas traité directement du deuil mais qui peuvent à notre avis s'appliquer à celui-ci.

Il ne s'agit pas d'un travail de recherche psychanalytique mais de réflexions sur des textes, sur l'oeuvre de FREUD en particulier. Ces réflexions, nous en avons fait part dans ce travail après beaucoup d'hésitations, car elles ne reposent sur aucune pratique analytique. En fonction de cela nous sommes persuadés qu' qu'elles comportent nombre d'erreurs ou d'omissions, nous les proposons toutefois à la critique de nos Maîtres car elles sont l'expression d'une somme importante de nos efforts de compréhension des mécanismes du deuil.

A la suite de ce travail de synthèse des conceptions psychanalytiques, nous proposerons l'étude des travaux anglo-saxons concernant la pathologie du deuil qui est parfaitement ignoré dans les rares articles de langue française portant sur le deuil. Nous avons été aidé en cela par un article de SIGGINS, "Deuil : survol de la littérature". Il est à noter qu'il ne fait mention que d'un seul article français sur ce sujet.

Après cette étude du deuil et de sa pathologie, nous rapporterons nos réflexions sur l'intérêt de tenir compte du deuil en tant que facteur pathogène fondamental chez le vieillard. En effet il est évident pour chacun de nous que la vieillesse est placée sous le signe des pertes, des difficultés d'adaptation. Or un deuil sous-entend des réponses bien précises de la personnalité à une situation traumatisante. Il est à notre avis essentiel de tenir compte de ces réponses, non seulement pour essayer de comprendre, mais aussi pour traiter les difficultés d'adaptation du grand âge.

Voilà présenté le sens que nous avons voulu donner à ce travail. Il n'est que l'expression d'une volonté de compréhension et de réhabilitation d'un concept essentiel à la pratique de la Psychiatrie. Ce n'est qu'une introduction à des travaux de recherche plus approfondis qui mériteraient une place plus grande dans la Psychiatrie française

LA RELATION D'OBJET

Essais de définition du concept selon l'oeuvre de FREUD, d'ABRAHAM, de Mélanie KLEIN et de Maurice BOUVET.

D'après FREUD "le deuil est une réaction à la perte d'objet".

Mais il nous dit encore "le deuil est une réaction à la perte d'une personne aimée, ou d'une abstraction mise à sa place telle que la patrie, un idéal, la liberté".

Pour SCOTT "le deuil est une réaction à la perte d'objet ou d'une situation ou d'une fonction".

Nous voyons donc qu'il est nécessaire de préciser ce concept de relation d'objet puisque pour FREUD il recouvre des idéaux et pour SCOTT une fonction. C'est d'abord dans l'oeuvre de FREUD que nous allons essayer de définir cette relation d'objet.

LA RELATION D'OBJET CHEZ FREUD

C'est surtout dans :

"trois essais sur la théorie de la sexualité" (1905) (I)

et dans :

"pulsions et destins des pulsions" (1915) (2)

que ces notions sont définies.

L'objet se dénini par rapport à la pulsion :

"Par pulsion nous désignons le représentant psychique d'une source continue d'excitations provenant de l'intérieur de l'organisme que nous différencions de l'excitation extérieure et discontinue" (I)

"La source de la pulsion se trouve dans l'excitation d'un organe et son but prochain est l'apaisement d'une telle excitation organique" (I)

"Appelons objet sexuel la personne qui exerce l'attirance sexuelle, et but sexuel, l'action à laquelle pousse la pulsion" (I)

"L'objet de la pulsion est ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but" (2)

L'étude des inversions sexuelles au début des "trois essais sur la théorie de la sexualité" lui permet de dire :

"Cela nous engage à dissocier jusqu'à un certain point la pulsion de l'objet. Il est permis de croire que la pulsion sexuelle existe d'abord indépendamment de son objet et que son apparition n'est pas déterminée par des excitations venant de l'objet" (I)

(l'objet) "est ce qu'il y a de plus variable dans la pulsion, il ne lui est pas originairement lié : mais ce n'est qu'en raison de son aptitude particulière à rendre possible la satisfaction qu'il lui est adjoint... il peut être remplacé tout au long des destins que connait la pulsion" (2)

"L'observation nous apprend que les destins des pulsions sont les suivants :

- le renversement dans le contraire.
- le retournement sur la personne propre.

- le refoulement.

- la sublimation."

Voilà définies de façon précise les grandes lignes de la relation d'objet. Comment s'élabore cette relation au cours du développement de l'enfant dans l'oeuvre de FREUD ?

A la naissance l'objet extérieur n'existe pas pour l'enfant. La sexualité infantile est à l'origine autoérotique. "Il n'existe que des pulsions partielles mal liées entre elles et indépendantes les unes des autres jusqu'à ce que les zones génitales aient imposé leur prima".

Nous savons que FREUD individualise dans "trois essais sur la théorie de la sexualité" plusieurs stades de la sexualité infantile. D'abord un stade autoérotique puis survient le stade oral qui est d'abord centré sur la succion puis sur la dévoration.

D'autre part il individualise le stade sadique-anal où d'après lui "L'opposition qui se trouve partout dans la vie sexuelle apparait clairement; toutefois, ce ne sont pas encore masculin et féminin qui s'opposent, mais les deux termes antagonistes : actif et passif. L'élèment actif semble constitué par la pulsion de maîtriser, elle-meme liée à la musculature, l'organe dont le but sexuel est passif sera représenté par la muqueuse intestinale érogène. Les deux pulsions ont des objets qui d'ailleurs ne coïncident pas ... Dans cette phase du développement de la vie sexuelle, on retrouve déjà la polarité sexuelle et l'existence d'un objet hétéro-érotique . Ce qui fait encore défaut c'est l'organisation et l'assujetissement des pulsions partielles à la fonction de procéation".

Nous voyons donc qu'ici FREUD fait entrer une notion d'objet qui est liée à la pulsion partielle mais dans l'ensemble de son oeuvre il tend à considérer l'objet en tant qu'objet d'amour, il s'agit pour lui d'une personne totale.

"Pour compléter l'image de la sexualité infantile, il faut ajouter que, très souvent (on pourrait dire toujours), dès l'enfance il est fait choix d'un objet sexuel (choix que nous avons défini comme caractérisant la puberté), de manière que toutes les tendances sexuelles convergent vers une seule per-

sonne et cherche dans celle-ci une satisfaction."

Après ces premières poussées de la sexualité infantile FREUD introduit vers 2 à 5 ans la "phase de latence" où les pulsions sexuelles présentent "une sorte d'adoucissement" et se présentent à cette période comme constituant un "courant de tendresse".

La reprise des tendances sexuelles se fera à la puberté ou "les zones érogènes se subordonnent au prima de la zone génitale".

Plus tard dans "l'organisation sexuelle infantile" (1923) il introduit une troisième phase : la phase phallique.

"La vie sexuelle de l'enfant se rapproche de celle de l'adulte dans une bien plus grande mesure et cela ne concerne pas seulement la survenue du choix d'un objet. Même si on ne parvient pas à une véritable synthèse des pulsions partielles sous le prima des organes génitaux au fait du développement de la sexualité infantile, l'intérêt pour les organes génitaux et l'activité génitale acquièrent cependant une importance dominante qui ne le cède que peu à celle de la maturité".

Ce qui la différencie de l'organisation génitale définitive est qu'un seul organe génital, l'organe génital mâle joue un rôle.

"Il n'existe donc pas un prima génital mais un prima du phallus"

Bien que FREUD nous dise que le sein constitue le premier objet sexuel, il ne parle pas dans son oeuvre d'objet partiel qui correspondrait aux pulsions partielles. Toutefois dans ' sur les transpositions des pulsions, plus particulièrement dans l'érotisme anal" (1917) il individualise : excréments, argent, cadeaux, enfants, pénis, en tant que succession des intérêts libidinaux de l'enfant. Dans le "fétichisme" (1927) il parle du fétiche en tant que substitut à l'objet.

LA RELATION D'OBJET DANS L'OEUVRE D'ABRAHAM

Nous avons vu que FREUD individualisait trois stades dans la sexualité infantile : orale, sadique-anale, phallique. ABRAHAM dans "les états magniaco-dépressifs et les états pré-génitaux d'organisation de la libido" (1924) précise cette organisation génitale infantile.

Il individualise deux stades dans la phase orale, le premier stade est le stade de succion qui devenant mordication fait évoluer le stade oral de succion en stade oral cannibalique à partir de là nous dit-il l'ambivalence règne sur la relation du moi à l'objet. Cette phase orale cannibalique est encore appelée sadique-orale.

"L'étape secondaire sadique-oral signifie donc, dans le développement libidinal de l'enfant. le début du conflit ambivalentiel tandis que la période précédente primaire de succion peut être désignée comme préambivalente".

il en est de même pour la phase sadique-anale :

"A l'étape la plus tardive se situe des tendances conservatrices : retenir - dominer à l'étape la plus précoce les aspirations hostiles à l'objet détruire - perdre"

Pour lui dans la névrose obsessionnelle. la régression se fait jusqu'à la phase la plus tardive : retenir - dominer. Dans la mélancolie, la régression se fait au niveau de la phase la plus précoce : détruire - perdre, puis se prolonge dans des phases plus précoces encore. Quant à la sexualité génitale, FREUD déjà individualisait deux étapes, l'une phallique l'autre génitale proprement dite

correspondant à la sexualité adulte.

ABRAHAM, dans "début et développement de l'amour objectal" (1924) considère "la relation d'un sujet avec son objet d'amour du point de vue de l'histoire de cette relation".

A l'étape orale précoce (succion) la sexualité de l'enfant est autoérotique c'est-à-dire sans objet.

Dans l'étape orale tardive (cannibalique) il y a apparition de l'objet et incorporation totale de l'objet.

A l'étape sadique-anale précoce l'incorporation persiste mais il s'agit d'une incorporation partielle.

"Le cannibalisme total sans aucune restriction n'est possible que sur la base d'un narcissisme illimité. A cette étape seule la convoitise du sujet compte. Les intérêts de l'objet ne le retiennent absolument pas, sa destruction est poursuivie sans scrupule. Le stade du cannibalisme partiel porte des traces encore claires de son origine, le cannibalisme total, mais il en diffère de façon décisive par l'apparition des égards pour l'objet. Cette protection partielle de l'objet peut être considérée comme le tout début de l'amour objectal au sens étroit car elle présente un commencement de dépassement du narcissisme".

Au sujet de la phase tardive du stade anal, il nous précise :

"A cette étape, le sujet n'est pas encore apte à aimer au sens plein du terme. La libido n'est pas non plus attachée à une partie de l'objet. La tendance à l'incorporation d'une partie est abandonnée, à sa place nous trouvons le désir de domination et d'appropriation. Si la libido demeurait à cette étape et loin du but définitif du développement, le fait que l'appropriation soit en quelque sorte externalisée constitue un pas fondamental. Désormais la possession ne se confond plus avec l'incorporation par la dévoration, elle est située en dehors

du corps. Ainsi l'existence de l'objet est reconnue et assurée". "Si nous prenions au sens étroit la notion d'amour objectal, nous pourrions dire qu'il débute précisément à cette frontière car, dorénavant c'est la tendance à la conservation de l'objet qui primera".

Ce stade tardif de la phase anale, qu'il oppose au stade précoce de perte et de destruction où s'effectue la régression du mélancolique, constitue pour lui la frontière entre la névrose et la psychose : "La dissolution des relations objectales semble précipiter une chute de la libido d'étape en étape".

Au niveau du stade phallique s'intégre le complexe d'Oedipe. L'objet y est reconnu pleinement mais à l'exclusion des organes génitaux, ce qui correspond au refoulement de la pulsion sadique de castration, à la peur de l'inceste culpabilisé. Le courant tendre peut ainsi s'exprimer en se défendant de pulsions dangeureuses. L'ambivalence persiste.

Ce n'est qu'au dernier stade de la libido que l'objet sera reconnu dans son intégrité par fusion des pulsions sexuelles génitalisées et du courant tendre sur un objet sexuel total unique, choisi en dehors du cadre familial.

Dans cet ouvrage ABRAHAM insiste sur le caractère partiel de l'objet dans la sexualité infantile.

"Je voudrais insister sur un aspect concernant l'introjection, il s'agit de l'équivalence pénis - sein, secondairement d'autres parties corporelles acquièrent la même valeur. Il en est ainsi du doigt, du pied, des cheveux des excréments et des fesses".

Etudiant le problème du fétichisme ABRAHAM, sous la suggestion de FREUD nous dit-il, parle de refoulement partiel qui dévalorise la presque totalité de l'objet au profit d'une de ces parties.

"Soulignons simplement que les parties du corps de l'objet d'amour qui sollicite le fétichiste sont les mêmes que les objets de l'amour partiel .

Il nous rapporte également des observations de deux cleptomanes où le père n'a plus la valeur d'un être total mais est représenté dans le fantasme des malades par une seule partie le pénis.

ABRAHAM admet ainsi l'existence de partie d'objet qui peuvent répondre aux pulsions partielles prégénitales infantiles ou aux régressions de la libido adulte. Il admet des mécanismes de défense tels que refoulement partiel, introjection partielle, sublimation de pulsion partielle. ABRAHAM ne parle jamais d'objet partiel mais pour lui l'objet est constitué par la personne totale, c'est l'objet d'amour.

LA RELATION D'OBJET CHEZ MELANIE KLEIN

Chez Mélanie KLEIN la notion d'objet partiel apparait clairement.

Il nous est difficile de résumer ici l'oeuvre de Mélanie KLEIN à propos de la sexualité infantile. Ses conceptions sont très contreversées actuellement mais différents concepts qu'elle a amenés sont parfaitement admis en particulier au niveau des relations objectales.

Elle individualise deux stades dans l'organisation de la personnalité infantile.

1/ La position schizo-paranoïde où les objets de l'enfant sont des objets partiels. L'enfant vit le monde extérieur sous le signe de la persécution et ses mécanismes de défense sont à ce stade une défense contre l'angoisse de persécution. Ce sont surtout l'introjection, la projection, le clivage en objet "bon" et en objet "mauvais" qui constituent les défenses essentielles de l'enfant pendant cette phase.

"L'hypothèse, que les premières expériences qu'à le bébé de l'allaitement et de la présence de la mère sont le commencement de sa relation d'objet avec elle, est l'un des concepts fondamentaux présentés dans ce livre. Cette relation est d'abord une relation avec un objet partiel car les pulsions orales libidinales et orales destructrices sont spécialement dirigées dès le début de la vie vers le sein de la mère".

"Les expériences successives de gratification et frustration sont des stimuli puissants pour l'amour ou pour la haine. Il en résulte que le sein dans la mesure où il gratifie est aimé et senti comme "bon", et dans la mesure où il

est une source de frustration est haï et senti comme "mauvais". Cette antithèse très marquée entre le sein "bon" et le sein "mauvais"est due en grande partie au manque d'intégration du moi ainsi qu'au processus de clivage à l'intérieur du moi et dans sa relation avec l'objet".

Le sein "bon" est idéalisé, cette idéalisation "dérive du besoin d'être protégé contre les objets persécuteurs". Le clivage de l'objet est renforcé par la dénégation de l'objet persécuteurs et par la gratification hallucinatoire du "bon"objet introjecté. Ainsi l'enfant obtient l'atténuation de son angoisse de persécution grâce au "contrôle omnipotent de l'objet".

Le clivage de l'objet sous-tend essentiellement les processus dissociatifs qui sont à leur apogée dans cette période.

A l'identification par introjection déjà introduite par FERENCZI reprise par FREUD et ABRAHAM, Mélanie KLEIN ajoute une identification par projection ou identification projective où l'objet devient un représentant du moi. Cette projection caractéristique de la phase anale existe aussi pour elle dans la phase sadique-orale.

C'est l'objet "bon" qui permet à l'enfant de progresser, l'introjection et la gratification hallucinatoire le protège contre l'objet persécuteur.

"L'interaction entre les processus d'introjection et de projection, de re-introjection et re-projection, détermine le développement du moi".

La maturation de l'enfant lui permet d'intégrer les différents objets partiels dans la personne totale qu'est la mère, cette progression dans le développement intellectuel et relationnel du bébé lui permet un meilleur degré d'intégration.

Cette perception d'un objet total constitue pour elle la caractéristique essentielle :

2-/de la position dépressive infantile qui apparait à partir du troisième mois.

"Tous ces processus d'intégration et de synthèse amène le conflit entre l'amour et la haine à se manifester dans toute sa force. L'angoisse dépressive et les sentiments de culpabilité qui en résultent se transforme non seulement en quantité mais aussi en qualité. L'ambivalence est maintenant vécue surtout à l'égard d'un objet total".

Le clivage est de moins en moins utilisé, les pulsions destructrices mettent l'objet en danger. danger de perdre les satisfactions de l'aspect "bon" de l'objet.

"La synthèse entre les sentiments amoureux et les pulsions destructrices à l'égard d'un seul et unique objet donne naissance à l'angoisse dépressive, à la culpabilité au besoin de réparer l'objet endommagé.

"Le contrôle omnipotent des objets partiels décroit à mesure que le bébé acquiert une plus grande confiance à la fois en ces objets et en ses propres pouvoirs de réparation. Il sent que tout progrès dans son développement. toute nouvelle réussite donnent du plaisir aux personnes de son entourage et que de cette façon il exprime son amour, il neutralise ou annule le mal qu'il fait avec ses pulsions destructrices.

L'angoisse de perdre l'objet soumis à des fantasmes destructeurs aboutit à sons avis "à des états de deuil et les défenses mises en oeuvre aboutissent à des tentatives du moi pour surmonter le deuil".

Ainsi par introjection et projection "les objets bons internes s'établissent plus fermement... Tout cela renforce et enrichit le moi".

Les défenses contre ce deuil infantile sont constituées par les défenses maniaques. L'idéalisation de l'objet, la négation joints à des fantasmes de toute puissance constitue pour elle l'essentiel de ces défenses maniaques.

"Dès le début ces fantasmes de toute puissance... s'introduisent dans toutes les activités, tous les intérêts et toutes les sublimations de l'enfant, et les stimulent".

AU TOTAL :

Chez Mélanie KLEIN apparait clairement le concept d'objet partiel. Ainsi nous retrouvons la définition que FREUD nous avait donné de l'objet qui "est contingent et qui suit le destin des pulsions". Les mécanismes de défense du moi sont essentiels. La relation d'objet est envisagée sur un mode dynamique et économique. La dynamique ne se situe pas uniquement dans l'échange avec l'objet mais également au niveau des objets fantasmatiques internes.

La maitrise du monde extérieur qu'elle fait dériver du sadisme anal est conçue comme réparatrice de la culpabilité par le mal fait à l'objet. L'enfant reçoit dans cette réparation l'amour de ses parents, ce qui annule sa culpabilité.

LA RELATION D'OBJET CHEZ MAURICE BOUVET

Après Mélanie KLEIN nous nous adresserons à Maurice BOUVET qui centra une grande partie de son oeuvre sur la relation l'objet.

Il envisage celle-ci sur un mode très général.

"Relation du sujet à son monde"

"Relation que le sujet noue avec son prochain aussi bien qu'avec ses images intérieures, son éthique et ses idéaux".

"La théorie analytique de cette relation a ceci de particulier qu'elle est à la fois génétique et dynamique, et qu'elle implique une sorte de parallélisme entre l'état de maturation plus ou moins avancée des activités instinctuelles et la structure du moi chez un sujet donné à un moment donné. L'ensemble de la personnalité tendant sans cesse à une adaptation de plus en plus adéquate au monde extérieur tant que l'involution ne fait pas sentir son action. Cet état pouvant régresser ou progresser à chaque instant sous l'influence des circonstances extérieures et des conflits intérieurs qu'elles peuvent réactiver".

Elle est dynamique, puisque à chaque instant l'ensemble de la personnalité peut régrésser ou progresser, mais aussi, parce que par ailleurs elle se représente les relations objectales comme un écoulement d'énergie instinctuelle; mouvement contrôlé et aménagé par le moi vers les objets extérieurs, et qu'elle admet des variations non seulement quantitatives mais qualitatives dans cette relation énergétique. Elle est aussi génétique, non seulement parce qu'elle décrit l'évolution normale des relations objectales, mais parce qu'elle démontre que la forme que prennent les pulsions et le moi dans leur régression, les ramène, grosso modo à un état qui fut celui d'une phase d'évolution que tout sujet connait".

Il distingue trois types de relation d'objet correspondant aux stades oral, sadique-anal et génital. Les deux premiers types de relation sont appelés prégénitales par opposition à la dernière génitale. Il définit les relations prégénitales ainsi :

"La stabilité, la cohérence du moi dépendent étroitement de la persistance de relation objectale avec un objet significatif. La perte de ces relations et de leurs objets, ce qui est synonyme, puisque l'objet ici n'existe qu'en fonction de ses rapports avec le sujet, entraîne de graves désordres de l'activité du moi, tels que phénomènes de dépersonnalisation, troubles psychotiques. Le sujet s'efforce de maintenir ses relations d'objet à tout prix en utilisant toute sorte d'aménagement dans ce but, changement d'objet avec utilisation du déplacement, la symbolisation, qui par le choix d'un objet symbolique, arbitrairement chargé des mêmes valeurs affectives que l'objet initial, lui permettra de ne pas se trouver privé de relations objectales". Pour lui le terme de "moi auxiliaire" est pleinement justifié.

'Les génitaux' au contraire, possèdent un moi qui ne voit pas sa force et l'existence de ses fonctions dépendre de la possession d'un objet significatif... Cela ne veut pas dire qu'il puisse se passer de toutes relations objectales, ce qui d'ailleurs est pratiquement irréalisable, car les relations d'objet sont multiples et variées, mais simplement le fait que leur unité n'est pas à la merci de la perte du contact avec un objet significatif".

Il décrit ensuite "le style des rapports entre le sujet et l'objet".
"Dans les relations objectales des prégénitaux :

- la régression les pousse à réagir selon le principe de plaisir avec violence, manque de nuance.
- ils répondent dans leur réaction affective à la loi du tout ou rien.
- leurs sentiments sont ambivalents et extrêment variables, de ce fait ils passent de l'amour le plus absolu à la haine la plus totale.
- l'objet n'est qu'un objet qui n'a que la fonction de satisfaire le sujet,

sans qu'entrent en considération ses désirs ou son consentement.

- les pulsions d'ordre agressives et destructrices sont puissantes, elles induisent la culpabilité, la peur.

Maurice BOUVET nous donne ensuite : "cette formule générale du rapport objectal : le moi veille à ce que les compromis résultant du jeu des pulsions de des interdictions soient en harmonie avec la réalité extérieure, encore faut-il qu'on la complète en ajoutant que le monde est pour chacun ce qu'il en appréhende en fonction de son propre état intérieur et par rapport à la propre vision qu'il en a".

"Toujours est-il que la projection par laquelle le sujet transforme un monde banal en un univers personnel avec lequel il se mesure, intervient dans tous les cas. et aussi d'ailleurs, bien que d'une manière beaucoup plus fine et beaucoup plus limitée, chez le normal".

"En se plaçant dans cette perspective on comprend mieux l'étrange dialogue qu'est la relation d'objet dans sa forme prégénitale. Ici en effet la projection est suffisamment intense pour remanier complétement la réalité et en faire par exemple un monde affolant, dangereux où chaque objet de désir est ressenti comme chargé des mêmes pouvoirs et des mêmes intentions que le sujet, ce qui revient à dire que toute réalisation vraie entrainerait ipso facto un danger mortel".

"Alors que le névrosé donne le pas à la réalité, le psychotique à son monde intérieur, le pervers lui s'accommode le plus souvent de l'exercice de ses désirs instinctuels sous la forme qui lui est permise dans un secteur très limité tout en gardant lui aussi un contact suffisant dans l'ensemble avec le réel".

"Les moi névrotiques et pervers peuvent user de procédés d'adaptation qui limitent l'intrusion projective du monde subjectif dans le monde réel alors que le moi psychotique n'est plus en état de le faire".

Le névrotique ne se rend compte ni des pulsions ni des projections qui existent de façon inconsciente, il perçoit objectivement la réalité, mais se comporte en face d'elle en tenant compte des projections et son comportement est inadapté.

Maurice BOUVET désigne ces aménagements de la relation objectale sous le nom de "relation à distance".

"Elle exprime précisement l'écart qui existe entre les relations objectales d'un sujet donné à un moment donné, telles qu'elles sont vécues consciemment par lui, et ce qu'elles seraient si la défense abrasée, le fantasme inconscient qui les sous-tend devenait conscient avec ses pulsions instinctuelles et ses projections... A tout instant elle correspond à ce que le sujet peut supporter de rapprochement à l'objet compte tenu de la déformation de celui-ci par la projection".

Dans les relations d'objet prégénitales la régression et la fixation des pulsions entrainent une projection intense et par là une distance considérable.

"Le visage du monde est ce que reconnait chacun"

Pour le prégénital le vécu affectif du sujet est très différent de celui d'un sujet ne présentant pas de régression. L'isolation qui consiste à détacher les connexions affectives et les connexions idéiques permet au sujet de conserver un rapport logique avec la réalité. Si ce mécanisme de défense du moi disparait la projection et les fantasmes inconscients prennent le dessus et la relation est déformée, c'est ce que l'on observe dans les moments de dépersonnalisation que vivent par exemple les obsédés au cours d'une analyse.

Si la "distance" est moindre le sentiment de vide fait place à l'angoisse".

Maurice BOUVET nous décrit les relations d'objet génitales ainsi

- le mode de pensée utilisé est essentiellement logique

- "les affects et les émois sont nuancés allant de sentiments à peine esquissés à la passion notoire". Les relations affectives n'obéissent pas à la loi du tout ou rien comme dans le cas des relations d'objet prégénitales.

- "la profondeur des investissements est variable : il n'y a pas à proprement parler d'objet significatif, au sens d'objet jouant le rôle de "moi auxiliaire" mais il y a des objets d'importance très variable allant de l'objet d'amour unique jusqu'à l'objet de sympathie superficielle. Au surplus les investissements sont plus mobiles que dans le cas précédent, ce moi qui supporte les tensions suscitées par des sentiments violents sans fuir l'objet est par contre capable de passer d'un objet à l'autre" nous ajouterons, sans pour cela rejeter l'objet précédent.

- les relations n'exigent pas "la possession incoercible, illimitée, inconditionnelle comportant un aspect destructif". "Les convenances, les désirs, les besoins de l'objet sont pris en considération au plus haut point".

- "Les projections ne jouent qu'un rôle extrêment minime et passager dans la vision que le sujet a du monde, vision qui est à la limite l'objectivité complète quoiqu'il n'y ait aucune méconnaissance de la valeur affective de l'objet".

Cette description de la relation d'objet génital est pour Maurice BOUVET un idéal que peu d'individus peuvent atteindre.
"Ce tableau est un peu théorique mais il permet de distinguer facilement un prégénital d'un génital, en effet :

"Avec les seconds le contact affectif et rapide, riche, varié, stable

et s'il peut être d'opposition, de timidité ou de peur il a toujours une plénitude et en même temps une légèreté, une fluidité, une mesure qu'il n'a pas dans le premier cas".

Enfin Maurice BOUVET individualise les mécanismes de défense que le moi utilise citant Anna FREUD il les énumère ainsi :

- le refoulement
- la régression
- l'isolation
- l'annulation
- l'annulation rétro-active
- le retournement contre soi
- la transformation d'une pulsion dans son contraire
- l'introjection
- la projection
- la formation réactionnelle
- la sublimation.

"Ces mécanismes essentiels d'aménagement, ces instruments de la relation objectale sont utilisés isolement, soit en combinaison, dans un comportement défensif concret, à travers lequel bien entendu s'obtiennent certaines satisfactions intellectuelles, dérivées des désirs instinctuels purs, insconscients : satisfactions substitutives des désirs refoulés qui peuvent être obtenus sans angoisse".

Voici donc défini, de façon magistrale, à travers ces longues citations, la relation d'objet. Les commentaires sont inutiles. "Toutefois nous devons remarquer que la relation d'objet telle que la conçoit Maurice BOUVET est essentiellement dynamique et la mise en jeu des mécanismes de défense en constitue le caractère essentiel.

Maurice BOUVET étudie dans la suite de son oeuvre la relation d'objet dans chacun des grands cadres de la pathologie mentale.

C'est sur cette conception que nous allons nous appuyer pour étudier le deuil dans l'évolution.

Il est évident que le deuil en tant que perte de relation l'objet est non seulement une perte de l'objet proprement dit mais également une perte de l'aspect relationnel qui peut exister indépendamment de la disparition de l'objet. Le dernier des mécanismes de défense : la sublimation, crée des objets qui ne sont plus des personnes physiques, nous rejoignons en cela la patrie, l'idéal, la liberté que FREUD mentionnait dans sa définition.

La relation d'objet est non seulement relationnelle, ainsi ; SCOTT parle de situation, de fonction Ce peut être la perte d'une fonction chez le sujet ou chez l'objet nécessaire à la relation objectale.

C.J. LUQUET-PARAT reprend cette relation d'objet de type génital sous le terme d'organisation oedipienne du stade génital. Elle nous montre comment cette relation d'objet se structure lors de la résolution du complexe d'Oedipe.

L'ORGANISATION OEDIPIENNE DU STADE GENITAL

(Selon C.J. -LUQUET-PARAT)

"L'organisation oedipienne consiste dans le maintien permanent d'un équilibre jamais dépassé. Elle réalise le stade génital. Elle comprend une double relation dans un système a trois et me parait ainsi mériter le nom d'organisation oedipienne".

Se basant sur la bisexualité de l'enfant avant l'apparition du complexe d'Oedipe où l'enfant se différencie alors sexuellement de ses parents, l'auteur nous propose le système relationnel suivant, de l'organisation oedipienne qui comporte à la fois :

- "Une relation hétérosexuelle qui groupe et synthétise un courant génital, un courant sentimental tendre, et un courant prégénital à la faveur d'un objet réel vers lequel ces courants sont entrainés et qui n'est ni un parent oedipien ni un substitut de ce parent.

-Une relation homosexuelle qui s'est établie avec le monde extérieur avec la "réalité constituée par l'ensemble des autres".

Cette relation homosexuelle vestige de la relation oedipienne aux parents du même sexe, est desexualisée par identification et sublimation. Les "autres" pouvant d'ailleurs être constitués d'hommes et de femmes. Il s'agit de relations sociales au sens le plus large du terme.

Ces deux types de relation forment un équilibre chez un individu à un moment donné, et sont extrêmement mobiles.

"Tous les passages sont mobiles d'un mode d'investissement à l'autre et un même objet réel peut appartenir selon les moments au monde hétérosexuel et au monde des Autres".

"Un des éléments les plus caractéristiques de l'organisation oedipienne réside dans un balancement, avec les possibilités de déplacement qu'il implique, et qui n'a pas de fin entre la primauté des investissements d'une sorte et de l'autre sorte".

Reprenant une citation de FREUD dans le "Président Schreber".

"Tout être humain oscille en général tout au long de sa vie entre des sentiments hétérosexuels et des sentiments homosexuels, et toute privation ou désenchantement d'un côté a pour effet habituel de le rejeter de l'autre".

Dans la relation homosexuelle à l'Autre, il existe des pulsions sublimées, le plus souvent pulsions prégénitales, et des identifications par coïncidence des idéaux du moi.

Ces identifications ne sont d'ailleurs pas absentes de la relation hétérosexuelle qui comporte non seulement le partenaire sexuel mais également et pour une partie l'enfant qui est un objet des deux types de relation précédentes.

LE DEUIL

Essai de synthèse théorique à partir de l'oeuvre de FREUD et de différents auteurs psychanalytiques.

-:-:-:-:-:-:-:-

A - LE DEUIL DANS L'OEUVRE DE FREUD

FREUD s'est attaché spécifiquement à définir le deuil à plusieurs reprises dans son oeuvre.

- En 1912 dans "Totem et tabou" il a abordé le deuil en fonction du tabou de la mort. (1)
- En 1915 dans "Considérations sur la guerre et la mort" il envisage l'attitude de l'etre humain en face de la mort. (2)
- En 1917 parait "Deuil et mélancolie" où nous trouvons la plus importante étude théorique. (3)
- Et en 1926 dans "Inhibition symptôme et angoisse" le deuil est étudié en relation avec l'angoisse, la peur et la douleur. (4)

C'est principalement à travers ces quatre ouvrages que nous étudierons le deuil tel que FREUD l'a envisagé.

Il est bien évident qu'il sera nécessaire de se reporter à ces autres études théoriques où sont définis les mécanismes fondamentaux du fonctionnement mental qui seront à appliquer aux aspects dynamiques ou à l'économie du deuil.

Nous envisagerons dans ce premier temps un abord théorique en essayant de situer le deuil d'un point de vue métapsychologique :topique, dynamique et économique.

I ASPECTS TOPIQUES DU DEUIL

Pour étudier l'inconscient, FREUD utilise deux méthodes :

- La psychanalyse en tant que technique thérapeutique, qui permet par le rêve, par les associations libres, de connaitre son contenu;
- L'étude de la mentalité des primitifs en tant que préfiguration de l'inconscient de l'homme civilisé.

Dans "l'interprétation des rêves"

Il étudie "le rêve de la mort de personnes chères". Il y distingue deux sortes de rêves : "ceux où nous n'avons aucun chagrin, si bien qu'au réveil notre insensibilité nous stupéfie , ceux où nous éprouvons une peine profonde et pleurons à chaudes larmes".

Les premiers expriment le désir de revoir une personne chère décédée. Pour les seconds : par "le sens de leur contenu, ils trahissent le souhait de voir mourir la personne dont il est question". Ce souhait n'est pas forcément actuel, ce peut être la réactivation d'un souhait ayant existé à un moment quelconque.

Il nous montre que ces souhaits sont très fréquents dans l'enfance, avant l'établissement des interdictions morales : en particulier lors de la naissance d'un frère ou d'une soeur. "Ainsi nombre de personnes qui aujourd'hui aiment leurs frères et soeurs et souffriraient profondément de leur mort, gardent dans leur inconscient des souhaits mèchants qui peuvent se réaliser dans leurs rêves".

Ces souhaits infantiles s'expriment par le fait que "la représentation de la mort chez l'enfant n'a de commun avec la nôtre que le nom. L'enfant n'imagine pas l'horreur de la destruction, le froid de la tombe, l'épouvante du néant sans fin que l'adulte, comme le prouve tous ses mythes de l'au-delà, supporte si mal". "Etre mort signifie seulement être parti, ne plus déranger les survivants".

Mais il existe aussi des reves de mort de la mère ou du père, qui satisfont pourtant la plupart des besoins vitaux de l'enfant. FREUD remarque que le plus souvent l'homme rêve de la mort du père, la femme de la mort de la mère. "Tout se passe schématiquement comme si une prédilection sexuelle s'affirmait de bonne heure, de sorte que le garçon verrait dans son père, la fille dans sa mère, un rival en amour qu'il gagnerait à écarter". A partir de ces rêves, FREUD fonde le complexe d'Oedipe par comparaison à la mythologie grecque.

Ces voeux de mort se heurtent à la censure; ils sont refoulés dans l'inconscient. FREUD nous fait remarquer que Shakespeare a écrit "Hamlet" aussitôt après la mort de son père, "donc en plein deuil, et nous pouvons admettre qu'à ce moment les impressions d'enfance qui se rapportaient à son père, étaient particulièrement vives".

Nous apprenons l'existence des désirs refoulés d'Hamlet à travers ses inhibitions. L'homme qu'il doit tuer a pris la place qu'Hamlet souhaitait occuper auprès de sa mère dans l'enfance, le tuer signifie se condamner lui-même.

Dans le deuil il y a donc réactualisation de désirs infantiles refoulés. D'autre part il est nécessaire qu'il y ait prise de conscience de la mort telle que l'adulte civilisé la perçoit.

Dans "Considérations sur la guerre et la mort"

En particulier dans le chapitre "Notre attitude à l'égard de la mort". FREUD nous dit "qu'il est impossible de nous représenter notre propre mort et qu'inconsciemment chacun est persuadé de sa propre immortalité".

Le primitif trouve tout naturel la mort de l'ennemi qui ne l'embarrasse pas le moins du monde. Il ne prend conscience de la mort que devant la disparition d'un proche; il rappelle en cela la comparaison avec l'enfant qui lui non plus n'a pas conscience de ce que représente la mort.

Dans "Totem et tabou "

FREUD s'attache à mettre en évidence l'ambivalence de l'homme primitif devant la mort. Le tabou des morts est l'expression d'une défense de l'individu envers le mort qui ne peut etre animé que de sentiments hostiles à l'égard des vivants. Il nous explique que cette peur des morts n'est en fait que la projection de sentiments hostiles que le survivant nourrissait à l'égard du mort. Ce sentiment ne peut etre toléré par la conscience morale, il est retourné contre l'objet.

Il rapproche la notion de tabou à celle de conscience morale interdictrice.

Malgré la projection, le primitif s'inflige des mesures de rétorsion par ces pratiques de deuil, expression d'un désir d'auto-punition. "Toutes les fois qu'il y a interdiction, elle a dû etre motivée par une convoitise inavouée et inconsciente, nous admettons que cette tendance à tuer existe réellement dans l'inconscient et que le tabou, comme le commandement moral, loin d'être superflu, s'explique et se justifie par une attitude ambivalente à l'égard de l'impulsion au meurtre".

Après cette étude nous pouvons situer le deuil d'un point de vue topique ainsi :

- Au niveau de l'inconscient

Le deuil est vécu comme une réactivation de l'ambivalence : sentiment de haine - sentiment d'amour.

- Au niveau du ça

L'ambivalence est pleine et entière, les pulsions d'amour et les pulsions destructives exigent d'être satisfaites. Les pulsions libidinales tournées vers l'objet ne peuvent trouver satisfaction en raison de sa disparition, d'où renforcement des pulsions agressives par frustation. La tension libidinale augmente de plus en plus sans résolution possible vers l'objet. Il y a "stase de la libido d'objet" selon un terme que FREUD emploie par ailleurs.

- Au niveau du surmoi

Les pulsions agressives et destructrices du ça ne peuvent être tolérées vis à vis de l'objet d'amour, il réagit par une interdiction.

- Au niveau du moi

Le principe de la réalité édicte que l'objet n'est plus. Mais FREUD nous dit encore : "les êtres chers forment notre patrimoine intime, sont une partie de notre propre moi." Ce qui implique que lors de leur disparition, le moi se sent amputé de cette partie.

II ASPECTS DYNAMIQUES DU DEUIL

Il est évident que va se créer un double conflit :

- Ambivalentiel entre le ça et le surmoi.

- Entre le principe de plaisir qui se heurte au principe de réalité.

Comment se traduit ce conflit caractéristique du deuil ?

1) L'angoisse

Nous savons que tout conflit est générateur d'angoisse. Dans "Inhibition, symptôme et angoisse" FREUD envisage l'angoisse comme une réactivation du traumatisme de la naissance. L'enfant qui vient de naître se trouve dans une situation de danger permanent, contrastant avec le bien être

utérin où il ne ressent aucun besoin. La perception du danger se situe pour le nourrisson dans "l'accroissement de la tension du besoin en face de laquelle il est impuissant. Je pense que de ce point de vue tout s'ordonne; la situation d'insatisfaction, où les quantités d'excitations atteignent un niveau déplaisant sans maitrise possible par utilisation psychique ou décharge."

FREUD envisage trois stades dans l élaboration de l'angoisse en fonction des étapes de formation de la personnalité.

- Premier stade :

Ainsi [illegible] le besoin alimentaire chez l'enfant ne peut être résolu que par la présence de la mère. Si celle-ci n'est pas présente, le besoin augmenté ne peut être satisfait, l'enfant ressent le danger qui déclenche l'angoisse. L'angoisse est une réaction à la perte d'objet.

- Deuxième stade :

Il explique de même l'angoisse de castration, le pénis garantit à l'enfant la possibilité d'une union avec la mère, la castration signifie donc : être livré sans recours à une nouvelle séparation avec la mère, vécuecomme une réactivation du traumatisme de naissance. Il y a production d'angoisse.

- Troisième stade :

Par la suite l'instance parentale devient le surmoi. Lorsque des pulsions sont en désaccord avec cette instance il y a au niveau de l'inconscient risque de perte de la protection de cette même instance ou perte de l'amour des parents, donc danger.

"Le moi est le véritable lieu de l'angoisse et il y a lieu de distinguer deux cas : celui où quelque chose se produit dans le ça, qui active pour le moi une situation de danger et de ce fait l'invite à donner le signal d'angoisse en vue de l'inhibition; et le cas où la situation analogue au traumatisme de la naissance s'instaurant dans le ça, la réaction d'angoisse se produit automatiquement".

Donc si FREUD invidualise trois stades dans l'élaboration des mécanis-

mes d'angoisse il distingue au niveau du moi deux sortes d'angoisse : la première correspond à l'angoisse telle qu'elle est décrite dans le deuxième et troisième stade, la deuxième l'angoisse primitive telle que celle décrite dans le premier stade.

Les conflits en présence dans le deuil provoquent ces deux types de réaction d'angoisse.

Le premier type dépend du conflit entre le ça et le surmoi, le moi perçoit la situation de danger puisque existe dans le ça des pulsions agressives interdites par le surmoi. Il signale qu'une inhibition est liée à cette angoisse. Sans développer l'étude de cette inhibition il nous faut remarquer que celle-ci fait partie des inhibitions spécialisées que FREUD oppose à l'inhibition globale. De toute façon il y a inhibition lorsqu'une fonction est liée à une pulsion interdite. Le moi réagit dans ces inhibitions spécialisées soit pour ne pas entrer en conflit avec le ça, soit pour ne pas entrer en conflit avec le surmoi.

Le deuxième type d'angoisse par réactivation du traumatisme de naissance est constitué par la perte d'objet elle-même, avec accroissement de tension libidinale qui ne peut être satisfaite de même que l'enfant qui se trouve séparé de sa mère. C'est l'angoisse liée directement à la perte d'objet; "Nous avons été amené à déclarer que l'angoisse apparaitrait en réaction au danger de la perte d'objet, or nous connaissons déjà une réaction de ce genre, c'est le deuil".

Pour FREUD la différence entre deuil et angoisse c'est que le deuil s'accompagne toujours d'une douleur psychique intense.

2) La douleur

"La douleur est la réaction propre à la perte d'objet, l'angoisse est la réaction au danger que comporte cette perte et, au terme d'un déplacement supplémentaire, la réaction au danger de la perte d'objet elle-même".

"La douleur physique s'accompagne d'un investissement narcissique très intense sur la partie du corps où a lieu cette douleur. Il en serait de même pour le psychisme, l'absence de l'objet perdu crée " un investissement intense qui en raison de son caractère inappaisable, ne cesse d'augmenter et crée les mêmes conditions économiques que l'investissement en douleur concentre sur l'endroit du corps lésé".

"Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet". Dans le deuil la douleur est donc due à l'augmentation de tension libidinale face à la perte d'objet que FREUD nommera plus tard "stase de la libido". FREUD remarque que à côté de l'angoisse et la douleur il existe dans le deuil une inhibition.

3) L'inhibition

Cette inhibition FREUD l étudie d'une part dans "Deuil et mélancolie" et d'autre part pour ce qui est de son mécanisme général d'apparition dans "Inhibition, symptôme et angoisse".

Dans la mélancolie qui est pour FREUD une expression pathologique du deuil, il existe : "une dépression profondément douloureuse, une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition de toute activité, la diminution du sentiment d'estime de soi".

"Le deuil présente les mêmes traits sauf un seul, le trouble du sentiment d'estime de soi". (3)

Dans les deux cas, existe une inhibition intense. Une inhibition est l'expression d'une limitation fonctionnelle du moi. Dans le cas de la mélancolie comme dans le cas du deuil FREUD l'explique de cette façon ;

"Lorsque le moi est soumis à une tâche psychique particulière, comme par exemple un deuil, à une repression considérable des affects, à la nécessité de soutenir l'émergence incessante de fanstames sexuels, il connait un tel appauvrissement de l'énergie dont il disposait, qu'il se voit contraint de restreindre sa dépense sur plusieurs points à la fois". (4)

Il s'agit ici d'une inhibition globale du moi que FREUD oppose aux inhibitions spécialisées que nous avons déjà citées. Il fait toutefois une différence avec la mélancolie : dans celle-ci l'objet perdu n'est pas forcément perdu dans la réalité, et même s'il s'agit d'une perte réelle "nous savons qui le sujet a perdu mais nous ne savons pas ce que le sujet a perdu dans cet objet". (3)

Autrement dit nous ne connaissons pas ce qui occupe le moi du mélancolique sous cette inhibition, alors que dans le deuil cela apparait avec évidence puisqu'il s'agit d'un décès en règle générale.

"Cela nous amènerait à rapporter d'une façon ou d'une autre la mélancolie à une perte d'objet qui est soustraite à la conscience, à la différence du deuil dans lequel rien de ce qui concerne la personne n'est inconscient".

Dans le deuil nous dit FREUD "l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement". Cette existence imaginaire d'un objet perdu, FREUD le nomme par ailleurs investissement en nostalgie. Il emploie ce terme dans le cas de l'enfant, qui, sa mère étant absente momentanément, se console ainsi de sa perte.

Donc nous voyons que le deuil se caractérise par une angoisse, une douleur, une inhibition et une nostalgie. Nous avons étudié les manifestations des conflits mis en jeu par le deuil, il nous reste maintenant à envisager comment ils se résolvent.

C'est le moi qui s'occupe à résoudre ces conflits. Et FREUD étudie cette fonction du moi en l'appellant "le travail du deuil".

III ASPECTS ECONOMIQUES : LE TRAVAIL DU DEUIL

"En quoi consiste maintenant le travail qu'accomplit le deuil ? Je crois qu'il n'y aurait rien de forcé à se le représenter de la façon suivante : l'épreuve de la réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet".

"Ce qui est normal, c'est que le respect de la réalité l'emporte. Mais la tâche qu'elle impose ne peut être aussitôt remplie, en fait elle est accomplie en détail avec une grande dépense de temps et d'énergie d'investissement. Chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la libido était liée à l'objet est mis sur le métier, surinvesti, et le détachement de la libido est

accompli sur lui".

Dans la mélancolie : il existe une perte de sentiment d'estime de soi qui n'existe pas dans le deuil.

"Dans le deuil le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie c'est le moi lui-même" "L'analogie avec le deuil nous amenait à conclure que le mélancolique avait subi une perte concernant l'objet, ce qui ressort de ces dires c'est une perte concernant son moi".

Le mélancolique s'adresse continuellement des reproches. Nous savons que le suicide a la valeur de l'auto-punition suprême. Comment expliquer cette différence avec le deuil ?

"Il existait d'abord un choix d'objet, une liaison de la libido à une personne déterminée sous l'influence d'un préjudice réel ou d'une déception de la part de la personne aimée, cette relation fut ébranlée, le résultat ne fut pas celui qui aurait été normal à savoir un retrait de la libido de cet objet et son déplacement sur un nouvel objet, mais un résultat différent, qui semble exiger pour se produire plusieurs conditions : l'investissement d'objets s'averra peu résistant, il fut supprimé, mais la libido libre ne fut pas déplacée sur un autre objet, elle fut retirée dans le moi. Mais là elle ne fut pas utilisée de façon quelconque : elle servit à établir une identification du moi avec l'objet abandonné. L'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui pût alors etre jugé par une instance particulière comme un objet, comme l'objet abandonné. De cette façon la perte de l objet s'était transformée en une perte du moi et les conflits entre le moi et la personne aimée en une scission entre la critique du moi et le moi modifié par identification".

Cela sous-entend que la relation d'objet soit au départ mal établie. "Le choix d'objet s'est produit sur une base narcissique de sorte que l'investissement d'objet, si des difficultés s'élèvent contre lui puisse régresser jusqu'au narcissisme".

"L'identification narcissique avec l'objet devient alors le substitut de l'investissement d'amour; ce qui a pour conséquence que, malgré le conflit avec la

personne aimée, la relation d'amour n'a pas à être abandonnée".

Cette substitution "correspond naturellement à la regression à partir d'un type de choix d'objet jusqu'au narcissisme originaire. Nous avons d'ailleurs émis l'idée que l'identification est le stade préliminaire du choix de l'objet et la première manière ambivalente dans son expression selon laquelle le moi élit l'objet et cela conformément à la phase orale ou cannibalique du développement de la libido par le moyen de la dévoration".

Ainsi donc FREUD différencie deuil et mélancolie à partir de la perte du sentiment d'estime de soi présent dans la mélancolie mais qui n'existe pas dans le deuil.

Il explique cela en mettant en évidence une incorporation orale cannibalique, que dans le "moi et le ça" il nommera introjection, concept introduit par FERENCZI. A travers cette introjection le moi et l'objet sont confondus dans un processus regressif qui ramène la relation moi - objet au narcicisme originaire. L'ambivalence y est pleine et entière.

Dans le deuil ces mécanismes n'interviennent pas, il précise que dans le deuil il n'y a pas de régression narcissique.

Une différence essentielle se trouve selon lui dans la relation d'objet qui existait avant l'apparition du deuil et de la mélancolie. Dans cette dernière : "La relation à l'objet n'est pas simple dans son cas mais compliquée par le conflit ambivalentiel".

"Ces combats singuliers nous ne pouvons les situer dans un autre système que l'inconscient. C'est là aussi que dans le deuil se jouent les tentatives de détachement, mais dans celui-ci, rien ne s'oppose à ce que ces processus se propagent par la voie normale passant par le préconscient jusqu'à la conscience".

Il est bien évident que tous les intermédiaires peuvent exister entre le deuil normal et la mélancolie, selon le degré de maturation de la personnalité. FREUD nous en cite deux exemples.

- 'Le sujet n'abandonne pas volontiers ses positions libidinales même si un substitut lui fait déjà signe... Cette rebellion peut être si intense qu'on en vienne à se détourner de la réalité et à maintenir l'objet par une psychose hallucinatoire de désir".

- La perte de l'objet d'amour est une occasion privilégiée de faire valoir et apparaitre l'ambivalence de relation d'amour. Là où la prédisposition à la névrose obsessionnelle est présente, le conflit ambivalentiel confere de ce fait au deuil une forme pathologique et le force à s'exprimer sous la forme d'auto-reproche selon lequel on est soi même responsable de la perte de l'objet tabou, autrement dit qu'on l'a voulu. Dans ce genre de dépression névrotique obsessionnelle survenant après la mort de personnes aimées, nous sommes en présence de ce que le conflit ambivalentiel produit à lui seul, lorsque ne s'y ajoute pas le retrait de la libido".

Nous voyons donc que le travail du deuil s'effectue de façon d'autant meilleure que la maturation du sujet sera plus complète.

C'est à dire que "les frontières du moi sont bien assurées contre le ça, par des résistances, "contre - investissement". et demeurent immuables, et où le surmoi ne saurait être différencié du moi parce que tous deux s'accordent harmonieusement" ("abrégé du psychanalyse").

Le moi "se voit obligé de satisfaire tout à la fois, les exigences de la réalité, celle du ça et du surmoi, tout en préservant sa propre organisation et son autonomie". Il pourra donc effectuer le travail du deuil dans ces conditions économiques satisfaisantes sans remettre en cause toute la structure de la personnalité.

" Si nous savons à quoi aboutit le travail du deuil : déplacement de la libido, nous ne savons pas comment s'effectue ce travail. FREUD ne résoud pas complétement le problème économique.

"Nous ne savons même pas dire par quel moyen économique le deuil accomplit sa tâche". (3)

Il sigale que la mélancolie est souvent suivie de manie :

" Etat de jubilation et de triomphe avec libération de l'énergie qui avait été employée auparavant au contre-investissement de la perte objectale, cette énergie devient libre et peut s'employér dans des décharges de toutes sortes dès que le mélancolique est libéré de l'objet qui l'avait fait souffrir ". Il indique que rien de comparable ne suit un deuil. Il laisse la question en suspend en signalant que, peut être, l'énergie se trouve dissipée après le travail du deuil.

Qu'il existe chez le mélancolique une régression qui serait une condition essentielle à l'apparition d'une manie.

FREUD évoque le deuil à d'autres reprises :

- Dans "l'Introduction à la psychanalyse" (1916) où il met l'accent sur le refluxde la libido dans le moi.

- Dans "la Création littéraire et le rêve éveillé" (1918) où il nous dit que la renonciation est en fait la formation d'un substitut à l'objet.

- Dans une lettre de BINSWANGER(1929)où il nous dit que le deuil est le seul moyen de perpétuer l'amour perdu que nous ne voulons pas abandonner.

IV AU TOTAL

Le deuil est la réaction à la perte d'objet.

"Le deuil apparait sous l'influence de l'épreuve de la réalité qui exige d'une manière impérative que l'on se sépare de l'objet qui n'est plus. Dès lors, la fonction du deuil est de travailler à ce retrait des investissements hors de l'objet dans toutes les situations où l'objet était doté d'un investissement élevé"(4)

Nous pouvons donc dire que le deuil est un processus de défense mis en jeu par le moi, face à unemodification de la réalité extérieure. Nous distinguerons ces processus de défense des "mécanismes de défense du moi" qui visent à protéger le moi contre les exigences des pulsions.

Nous pouvons donc considérer que la mélancolie est caractérisée par une régression aux stades prégénitaux de la libido, avec introjection de l'objet L'ensemble du psychisme est soumis aux processus primaires. L'ambivalence y est pleine et entière Il y a donc une négation de la réalité. Il s'agit d'un processus psychotique.

Dans le deuil le moi qui était et qui reste structuré conserve ses caractéristiques de fonctionnement soumis aux processus secondaires et à la réalité. Les conflits et l'ambivalence existent, mais ils ont accès à la conscience, ils

peuvent être maitrisés par le moi qui réagit dans le travail du deuil en s'efforçant d'obtenir un désinvestissement libidinal vis à vis de l'objet qui n'existe plus.

FREUD ne nous dit pas comment ce désinvestissement peut se réaliser. Il nous faut nous référer à d'autres auteurs; ABRAHAM à la même époque s'est penché sur le problème du deuil et des états maniaco-dépressifs.

B LE DEUIL DANS L'OEUVRE D'ABRAHAM

D'emblée ABRAHAM se place sur un plan critique par rapport à FREUD : dans "Perte objectale et Introjection au cours du deuil normal" en 1924 il nous montre à travers plusieurs cas d'analyse que dans le deuil normal:

"La perte réelle d'un objet est temporairement suivie d'une introjection de la personne aimée".

FREUD ne semble admettre cette introjection que chez le mélancolique qui réanime ainsi l'objet perdu "il est érigé à nouveau dans le moi".

Pour ABRAHAM "le deuil contient une consolation : l'objet aimé n'est pas perdu car maintenant je le porte en moi et ne le perdrai: jamais". "Si en principe l'introjection du deuil chez le normal (et le névrosé) est conforme à celle du mélancolique, il est nécessaire d'apprécier leurs différences essentielles. Chez le sujet normal, cette introjection fait suite à une perte réelle et est avant tout au service de la conservation de la relation avec le défunt ou ce qui revient au même, de sa compensation. Jamais sa conscience n'est débordée comme celle du mélancolique. L'introjection mélancolique survient sur la base d'une perturbation fondamentale de la relation libidinale à l'objet. Elle est l'expression d'un conflit ambivalentiel dont le moi ne parvient à se retrancher qu'en prenant à son compte l'hostilité concernant l'objet".

ABRAHAM s'oppose encore à FREUD à propos de l'existence d'états similaires aux états maniaques, atténués, à la suite du deuil. Il nous dit parlant de FREUD: "Il constate l'absence du renversement de la mélancolie en manie dans la vie psychique normale : je me crois autorisé à désigner un tel homologue dans la vie psychologique normale. On observe en effet que le sujet en deuil au fur et à mesure qu'il réussit à détacher sa libido du défunt, éprouve des désirs sexuels plus vifs. Sous une forme sublimée il s'agira d'un désir d'initiative, d'un élargissement des intérêts individuels. L'accroissement des désirs libidinaux peut survenir après un temps plus ou moins long à la suite de la perte de l'objet selon le déroulement individuel du travail du deuil".

ABRAHAM reprend également l'étude du deuil chez le primitif.

La rupture avec les morts se traduit par le fait que dans certaines peuplades : "les parents du défunt vident leurs intestins sur la tombe de celui qui vient d'être enterré". "Cette poussée vers le dehors clôt le déroulement de ce deuil archaïque que nous considérons être la maladie mélancolique". Dans d'autres peuplades c'est la nécrophagie qui est utilisée en symbole de la réincorporation de l'objet.

FREUD, bien qu'il ne le dise pas explicitement, considère lui aussi que la mélancolie est une forme archaïque du deuil. ABRAHAM diffère fondamentalement de FREUD car il met en jeu une introjection, et d'autre part il affirme qu'il existe un équivalent maniaque dans le deuil. Notons néanmoins que FREUD avait signalé dans "Deuil et mélancolie" que l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement" : nous avions nommé cela une nostalgie de l'objet. Si FREUD ne revient pas à proprement parler sur le problème du deuil dans son oeuvre, il envisage à plusieurs reprises les réactions à la perte d'objet, ainsi dans la "disparition du complexe d'Oedipe" en 1923 il écrit : "les investissements d'objet sont abandonnés et remplacés par une identification".

Nous pouvons penser que si à la fin de son oeuvre, FREUD, après avoir écrit "Les essais de psychanalyse", "Pour introduire le narcissisme", s'était penché à nouveau sur le problème du deuil, il l'aurait peut etre envisagé différement. C'est ce que nous essaierons de montrer plus loin.

C - LE DEUIL DANS L'OEUVRE DE MELANIE KLEIN

Dans "la vie émotionnelle des bébés" Mélanie KLEIN lorsqu'elle parle de la position dépressive primaire, montre que l'angoisse de perdre l'objet soumis à des fantasmes destructeurs aboutit à son avis "à des états de deuil et les défenses mises en oeuvre aboutissent à des tentatives du moi pour surmonter le deuil".

Les défenses contre ce deuil infantile sont constituées selon elle par les mécanismes de défense maniaque que l'enfant met en oeuvre : ainsi dans "Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs" elle nous dit : devant le risque de perdre un bon objet "le moi est amené à échafauder des fantasmes de violence ou de toute puissance, tant pour dominer et maitriser les mauvais objets dangereux que pour sauver et réparer les objets aimés. Dès le début ces fantasmes de toute puissance... s'introduisent dans toutes les activités tous les intérêts et toutes les sublimations de l'enfant et les stimulent".

L'idéalisation de l'objet, la négation jointes à ces fantasmes de toute puissance constituent pour elle l'essentiel de la position maniaque infantile. Ces défenses maniaques sont accompagnées de "peines et inquiétudes pour les objets aimés, à ces craintes de les perdre et à ce désir de les retrouver" elle propose le nom de nostalgie.

La maitrise de soi et du bon objet ont donc une valeur réparatrice vis à vis de l'objet endommagé ou perdu. Il permettent à l'enfant de confronter son monde intérieur à la réalité extérieure. S'il "réussit" l'enfant reçoit l'amour de sa mère et arrive ainsi par introjection à reconstituer ses objets "bons internes".

Le besoin de maitrise est chez elle une résultante du sadisme anal. Il est teinté d'agressivité et donne au maximum le sentiment de "triomphe" qui, s'il est trop important, vient entraver le travail du deuil. Il fait renaitre en effet la culpabilité par la teinte agressive qu'il possède vis à vis de l'objet : l'enfant

a en quelque sorte triomphé de l'objet.

"Mon expérience m'amène à conclure que s'il est vrai que le trait caractéristique du deuil normal est le fait que l'individu établisse l'objet aimé et perdu à l'intérieur de lui-même, il ne l'y établit pas pour la première fois, mais dans le travail du deuil, il réinstalle en lui cet objet en même temps que tous ses objets aimés qu'il pense avoir perdus".

Elle généralise le deuil à tous les phénomènes de chagrin et de peine que l'adulte peut rencontrer dans sa vie, pour elle ces sentiments exigent un travail comparable à celui du deuil.

Pour Mélanie KLEIN, le deuil est sous-tendu par des processus d'introjection et de projection, ces processus ont la vocation de réintroduire les bonnes "images" à l'intérieur du sujet. Comme FREUD et comme ABRAHAM elle indique que le deuil met en jeu des processus de sublimation. Pour elle ces processus de sublimation sont reliés étroitement à la phase sadique-anale caractérisée entre autre par des pulsions de maitrise.

Après l'étude de ces trois auteurs, il se pose le problème

- de l'existence d'équivalent maniaque au cours du travail du deuil
- si FREUD admet que des processus d'identification sont présents dans le travail du deuil, ABRAHAM et MELANIE KLEIN pensent qu'il s'agit d'introjection.

Nous allons essayer de voir comment ces problèmes ont été abordé par d'autres auteurs psychanalytiques.

D - AUTRES TRAVAUX PSYCHANALYTIQUES

I - W - SCOTT - "Deuils et manies" (1965)
nous permet de résoudre ce problème d'équivalent maniaque.

Pour lui le deuil est la réaction à la perte d'un objet, d'une situation, d'une fonction. Il distingue deux défenses contre la douleur :

- la régression qui consiste à "revenir à la haine et à l'amour de la période d'ambivalence qui peut conduire aux sentiments de persécution et à la mégalomanie", nous ajouterons à la mélancolie.

- "la progression qui consiste à essayer quelque chose de nouveau" qui peut conduire dans sa forme pathologique à l'excitation maniaque, "et qui a des rapports plus étroits avec le deuil, lequel ne nie pas la nécessité de maintenir un lien entre l'attitude réparatrice devant une situation, une fonction un objet nouveau, et la situation, la fonction et l'objet perdu sans pour autant les oublier".

Il pose le problème de savoir si le sentiment de bien être, de puissance sexuelle et de capacité au travail qui suivent le deuil normal correspondent à un homologue de la manie. Il en fait un état transitoire entre le normal et le pathologique qu'il nomme "entrain" ou "enthousiasme".

GREENSON (1962), cité par SCOTT définit "l'enthousiasme comme un état passionné, excitant, actif, bruyant, réaliste d'adaptation constructive et créatrice adaptation et réalisme qu'ignore l'hypomanie". "Dans l'enthousiasme, un agréable sentiment d'exagération parfaitement conscient (une sorte de clin d'oeil complice adressé à soi-même) une parfaite satisfaction où le sujet est conscient de son aliénation, de son extravagence et de la perte de sa raison, s'accompagnent de générosité et d'un

état d'âme contagieux qui envahit toute la personnalité, c'est le triomphe du principe de plaisir mais c'est aussi le résultat de la dénégation de la douleur."

GREENSON considère que l'énergie est libidinale et non neutralisée , en conséquence le travail accompli pendant cette période ne présente pas le caractère de régularité et de stabilité que l'on trouve lorsqu'il s'agit "d'énergie libidinale neutralisée". Le moi se rattache à un objet idéalisé d'une façon partielle et temporaire.

Pour SCOTT "dans la mesure où le vécu et la situation sont décrits à la manière d'un rêve, cet état s'apparente au rêve éveillé c'est à dire à la manie."

"Le plaisir né dans une relation réparatrice lors d'une nouvelle situation ou d'une nouvelle fonction objectale n'est pas seulement le triomphe de la libido sur l'instinct de mort, mais aussi le triomphe de la réparation sur la négation. Des composantes de l'entrain issues de toutes les zones libidinales liées aux diverses phases du développement viendront se fondre dans les activités enjouées réparatrices et sublimatoires. L'énergie disponible nécessaire à l'entrain ne proviendrait pas seulement du triomphe de la libido mais aussi de la disparition de l'inhibition. Il n'existe qu'un besoin minime de contrôler l'agressivité puisque les échecs et les pertes avec l'agressivité qui les accompagne ont été l'objet d'un deuil efficace grâce à la découverte de situation, fonction et d'objet réparateur".

"A partir de l'évolution de la manie apparaît une image de l'état de deuil idéal d'où émerge un enthousiasme et un entrain qui sont réalistes au lieu d'être idéalisés, solides au lieu d'être triomphants ce qui est la caractéristique d'un état émotionnel normal".

"Dans le deuil normal, la progression vers la joie née de l'espoir sera toute proche de la conscience qu'a le sujet d'avoir surmonté et dépassé l'état de douleur, sans pour autant nier et oublier.

Ainsi donc SCOTT, comme ABRAHAM et Mélanie KLEIN, considère qu'il existe dans le deuil un état qui ressemble à la manie. Il met également en jeu des activités réparatrices et sublimatoires par lesquelles le sujet trouve des satisfactions libidinales qui lui permettent de trouver l'énergie nécessaire pour faire avancer le travail du deuil, et en particulier pour vaincre l'inhibition et la douleur.

II - H. LOEWALD (1962)

se penche spécifiquement sur les processus d'identification. Pour lui, c'est "d'internalisation" qu'il s'agit. Initialement c'est un moyen de défense contre la douleur de la perte. Dans le cas du deuil, elle devient but et correspond à une individuation et à une émancipation que l'auteur compare à l'abandon des objets oedipiens menant à la formation du surmoi ; cette "internalisation" passe par une introjection de l'objet dans la structure de l'idéal du moi. Parfois elle peut se faire dans la structure du surmoi. Si les frontières entre ces instances et le moi sont floues, il peut y avoir introjection et internalisation au niveau du moi.

Pour LOEWALD ces processus d'internalisation qui font référence à une dynamique inconsciente fantasmatique, sont essentiels pour qu'un deuil soit couronné de succés. Ils permettent :

1. la substitution d'une relation interne à une relation externe,

2. la reconstitution de la limite entre soi et l'objet perdu.

III - D. J. GEACHCAN

précise certains processus d'identification dans "Deuil et nostalgie".

Il considère que la perte de relation objectale qu'on observe au niveau des cures analytiques peut être ramenée à des mécanismes de deuil. Le sujet abandonne alors une ancienne relation libidinale pour une autre par le moyen des identifications.

GEACHCAN nous montre que plusieurs mécanismes identificatoires peuvent entrer en jeu.

- L'identification narcissique qui permet la réalisation du travail du deuil. L'objet du moi se constituant en sujet du moi ou plutôt en attribut du moi, le travail du deuil est accepté quelqu'en soient les difficultés.

- L'identification hystérique qui entrave le travail du deuil. C'est le sujet qui devient objet et non l'inverse, la charge libidinale s'écoule sur un corps propre du sujet en créant des symptômes. Il n'y a pas abandon de la position antérieure mais conservation de la relation à travers ces symptômes. Il nous montre ainsi qu'une malade en cure analytique se fixe à sa relation dans une attitude sado-masochiste sans issue.

- Il individualise de plus la "relation nostalgique à l'objet", "dans laquelle le désir tend de manière répétitive à l'actualisation d'un fantasme qui s'avère n'être jamais pourtant sa réalisation".

"Ce qui paraît définir la relation nostalgique c'est l'indétermination même de sa représentation et son caractère imaginaire par quoi le sujet se tient toujours séparé de son objet ; il en résulte une quête indéfinie et indéfinissable car si quelque objet paraît répondre au désir nostalgique, il s'avère aussitôt n'être plus ce qu'il promettait d'être."

"La relation nostalgique est recherchée pour elle-même, ses objets n'étant jamais son objet même, elle est maintenue à l'abri de toute incarnation et de toute perte".

"On a le sentiment qu'il ne saurait y avoir ici de perte car l'objet de la relation nostalgique paraît faire corps si l'on peut dire avec le propre idéal du moi du sujet".

"Si le nostalgique est sans cesse en instance de dépression parce qu'aucun objet ne peut incarner son idéal, il ne connaît pas du moins la perte du mélancolique qui en perdant son objet semble perdre du coup son idéal du moi". "L'idéal du moi du nostalgique paraît répondre à une identification primaire postérieure à la reconnaissance de l'objet mais antérieure à la différenciation des sexes et répondant alors au mode d'attachement d'un sujet à un objet non encore différencié sexuellement".

Dans la discussion à propos de cette communication :

A. GREEN Situe l'attente, la solitude, l'ennui comme des états en rapport avec la nostalgie d'où point de vue qualitatif.

CH. DAVID précise :

"Dans la nostalgie, l'objet est appelé et donc aimé mais il se situe dans l'imaginaire et doit y rester, il est donc fui, donc haï".

"La nostalgie s'alimente à sa propre source en tant que recherche voulant se maintenir comme recherche et par là encore elle est à rapporcher du deuil, de l'état endeuillé, où la résistance au désinvestissement de l'objet perdu au profit d'un nouvel objet s'explique en partie par une jouissance masochique obtenue dans le commerce avec l'image intérieure de l'être disparu, en partie par une pression surmoïque qui s'exerce semble-t-il de la part de l'image afin que le lien posthume ne soit pas rompu, c'est à dire afin que le mort ne soit pas trahi".

"De même que l'on a pu dire que tout deuil craint sa fin, ne peut-on dire que toute nostalgie se veut indéfinie ?".

IV - C. M. PARKES

au Congrès mondial de Psychiatrie de 1967 : montre que le sujet se refuse à accepter la perte comme un fait accompli et ressent une angoisse de séparation tant qu'il ne s'est pas rendu à l'évidence. Cette angoisse se traduit par une "quête" de l'objet perdu. Cette "quête" n'est pas seulement motrice mais idéatoire et perceptive ; elle peut induire une hyperactivité qui est une recherche de l'objet perdu par manipulation des objets le rappelant, rumination perpétuelle de souvenirs, hallucination hypnagogique. Nous pensons que ce comportement décrit par PARKES correspond à l'investissement nostalgique de l'objet perdu.

V - O. FENICHEL (1945)

dans "la théorie psychanalytique des névroses" consacre un chapitre à l'étude du deuil en insistant sur les mécanismes d'introjection. Il individualise deux phases :

1. l'établissement d'une introjection
2. le relachement du lien à l'objet introjecté.

Cette introjection a pour objet de préserver la relation avec le mort.

VI - C. T. LIPSON (1963)

montre qu'au début du deuil, le sujet a le sentiment que le mort vit encore : il nomme cela le "déni de la mort".

Les instincts encore attachés au représentant objectal s'efforcent d'obtenir une gratification et à plusieurs reprises forcent le moi à chercher l'objet et à le trouver absent. Il se crée ainsi une division du moi entre l'objet interne qui est hautement investi et l'objet externe qui n'existe plus.

"L'introjection est une défense, c'est une tentative pour préserver l'objet mais aussi un pas vers le renoncement. Le déni est aussi une tentative pour préserver l'objet, mais peut-être sa fonction primordiale est de préserver le moi."

VII - A l'opposé, MARIA TOROK (1968)
prétend que FREUD, ABRAHAM et MELANIE KLEIN emploient abusivement le terme d'introjection à propos du deuil, car l'introjection est un "élargissement du moi" par intégration des pulsions sur la personne d'un objet vivant. La mort arrête ce processus. C'est plus d'incorporation qu'il s'agit dans le deuil.

Pour FERENCZI, ce mécanisme n'aurait rien de régressif il est présent dans tout transfert, tout développement d'amour objectal. Son aspect pathologique chez le névrosé est une amplification inconsciente de ce mécanisme : "la soif d'introjection".

VIII - A. A. de PICHON-RIVIERE et N. BARANGER (1959)
s'appuyant sur l'oeuvre d'Albert CAMUS montrent que la répression du deuil réactive les angoisses schizo-paranoïdes. Il faut que les pulsions d'amour soient plus fortes que les pulsions de haine afin de restaurer l'objet mis en danger. L'échec peut entraîner ainsi un délire de persécussion. Meursault, dans "l'Etranger" ne peut aimer sa mère morte que "quand il accepte de mourir" et il se tue.

IX - L. GRINBERG (1965)

se référant à MELANIE KLEIN distingue deux sortes de culpabilité : culpabilité persécutoire aboutissant à la mélancolie, culpabilité dépressive caractéristique du deuil. Il rapporte la culpabilité persécutoire à l'instinct de mort, la culpabilité dépressive à la libido, à l'instinct de vie.

X - J. GILLIBERT (1967)

envisage les rapports de la métapsychologie et de la métaphysique à travers l'existence, la mort, le deuil, le même et l'identique.

XI - Pour terminer, nous mettrons en valeur l'article de D. LAGACHE (1938) : "le travail du deuil".

Il est le premier et reste un des rares auteurs psychanalystes français à s'être penché sur ce deuil.

Il étudie le travail du deuil en fonction des sociétés primitives et de la pathologie du deuil.

A propos du résultat du "travail du deuil", il nous dit qu'au début de ce travail "la conduite du dolent reste intermédiaire entre les réactions à la présence et les réactions à l'absence ; à la fin, la conduite de l'absence prend le pas, le mort tend vraiment à devenir un "disparu" ... Dans l'intervalle suivant l'expression de Pierre JANET se déroulent des conduites de "liquidation" en rapport avec le mort, il faut "réaliser" le mort, "faire son deuil" afin que le phénomène anormal "s'encadre" et que "la vie continue". "

Il insiste sur la relation interpersonnelle qui existait avant la mort.

"La confusion du moi et de l'autrui correspond à la réalité d'une communion inter-humaine, toute relation de l'ego et de l'alter ego suppose elle-même une ambivalence de similarité et d'altérité : l'ego et l'alter ego ne sont jamais complétement distincts pas plus qu'ils ne sont complétement confondus."

Il souligne que le fait de détruire l'objet d'amour et de liquider les investissements affectifs réalisés sur lui "est une agression immanente au travail du deuil".

"De même que dans l'étude de l'existence individuelle la notion de deuil a été élargie jusqu'à coïncider avec celle de perte en général, de même dans la vie collective les notions de mort et de deuil s'élargissent jusqu'à coïncider avec tous les faits de passage tels que la naissance, l'initiation, le mariage".

'L'être humain ne devient un Je isolé et fermé qu'à la suite d'une série de séparations actives dans lesquelles il abandonne successivement l'union organique, l'union parasitaire, l'union grégaire. La succion du sein maternel est dans l'existence individuelle l'origine de la communion ; la prédisposition aux formes pathologiques du deuil trouve une base instinctuelle dans la fixation au sein maternel."

Il signale qu'"une atteinte organique réalise précisément une perte éprouvée dans le moi" et il cite l'exemple d'une manie ayant suivi une hémorragie importante".

Ainsi pour LAGACHE, l'ambivalence est présente, certaine, elle n'est pas uniquement une réactivation de l'ambivalence originelle mais il nous montre que le travail du deuil s'accompagne obligatoirement d'agressivité, "une seconde mise à mort".

En conclusion de cette revue de la littérature psychanalytique, nous pouvons dire que tous les auteurs attachent une importance capitale aux processus d'identification.

Il nous a semblé que l'identification dans le deuil s'effectue par introjection puis internalisation d'après LOEWALD ; que les conflits se résolvent dans le monde intérieur du sujet qui peut ainsi reconstituer son identité par rapport au disparu. Mais nous avons vu que ces notions sont discutées.

D'autre part, ABRAHAM, MELANIE KLEIN, SCOTT, introduisent des équivalents maniaques liés à la pulsion de maîtrise dans le cours du travail du deuil ; insistant ainsi sur les sublimations, ils rejoignent FREUD qui ne les nie pas.

Les liens unissant identification et sublimation nous semblent encore mystérieux. Nous allons essayer de les comprendre. Nous nous adresserons pour cela aux textes psychanalytiques qui ne font pas mention du deuil. Nous espérons ainsi montrer que l'application de certaines considérations de FREUD permet d'éclaircir le problème.

E - ESSAI DE SYNTHESE PERSONNELLE

Nous voyons donc que d'après les auteurs que nous avons cité on peut admettre :

- Que le deuil met en jeu des processus d'identification à l'objet perdu. L'introjection est un processus particulier d'identification.

- Qu'il existe dans le deuil des mécanismes de défense et une dynamique comparable à une manie atténuée.

- Que le moi utilise une pulsion de maîtrise.

Nous avons vu dans l'étude de la relation objectale définie par LUQUET-PARAT que les liens qui unissent le sujet à l'objet pour une part pulsionnels génitaux, pour une part pulsionnels prégénitaux, pour une autre part enfin des identifications constituant le courant tendre.

Il ne serait donc pas étonnant que le moi, qui tient compte de la réalité, des exigences du ça et du surmoi, lorsqu'il se trouve devant la nécessité de rompre une relation objectale d'un point de vue pulsionnel, utilise et même renforce les liens d'identification préexistants, qui seuls peuvent subsister après la disparition de l'objet.

Nous avons vu que Mélanie KLEIN établissait un lien entre pulsions de maîtrise et défense maniaque. Nous savons que la manie est considérée actuellement par la plupart des auteurs comme une défense contre la dépression. Mais dans ce cas il s'agit d'un processus psychotique.

Si nous considérons que le "deuil est à la dépression ce que l'angoisse normale est à la névrose" (ABRAHAM), nous pouvons dire que chez le normal le deuil et l'angoisse sont parfaitement maîtrisés par le moi qui met en jeu des processus de défense adaptés ; alors que chez le névrosé ou chez le dépressif - chez le psychotique ou chez le mélancolique - le moi se laisse déborder par les problèmes qu'il a à résoudre.

On nous rétorquera que notre comparaison ne correspond pas à la réalité clinique. En effet il existe dans tous les états dépressifs et même dans le deuil, une angoisse.

Nous pourrions répondre qu'il en est de même pour les névroses et les psychoses où des affects dépressifs sont très fréquemment présents dans le tableau clinique.

Il est évident, comme dans tout ce qui touche à l'être humain, qu'il est artificiel de scinder le psychisme en mécanismes spécifiques et autonomes fonctionnant côte à côte. Les intrications sont profondes entre deux systèmes. A l'extrême on considère de même qu'il est artificiel et dangereux de scinder l'être humain en une sphère organique et une sphère psychique, c'est là le fondement de la médecine psycho-somatique. Malheureusement dans l'état actuel des sciences humaines, il est nécessaire d'un point de vue didactique d'étudier chacun des "compartiments" de façon isolée sans pour autant nier les liens qui réunissent chacun de ces "compartiments". Il nous semble donc intéressant d'étudier ici le deuil en sachant qu'il fait partie du "système dépressif".

C'est dans ce sens que Bela GRUNDBERGER oppose la chaîne : pulsion - culpabilité (surmoi) - angoisse, celle de la névrose à la chaîne proprement narcissique : blessure narcissique - idéal du moi - dépression.

Nous nous retrouvons là devant une controverse majeure de la psychanalyse. Car il est bien évident que le surmoi tyranique du mélancolique le pousse au suicide et qu'il intervient de façon essentielle dans la chaine dépressive.

Il ne saurait être question pour nous d'entrer dans ces controverses. Si nous en parlons c'est pour essayer de mieux nous en écarter.

En restant dans le domaine du deuil il nous reste donc à étudier les rapports existant entre pulsion de maîtrise - identification - sublimation.

1°) Pulsion de maîtrise.

Pour cela nous allons revenir à l'oeuvre de FREUD.

Dans "Au delà du principe de plaisir", FREUD nous rapporte l'observation d'un enfant de 18 mois qui jette ses jouets au loin en disant "O - O - O - O" ce qui signifie fort. Il va récupérer par des efforts importants ce jouet qu'il a jeté. Puis cet enfant jette une bobine attachée à un fil derrière le lit en disant " O - O - O - O" , la récupère en tirant sur le fil disant "da" : voilà.

FREUD interprète ce jeu comme la répétition imaginaire de la disparition et de la réapparition de la mère très souvent absente. Donc comme la reproduction d'une situation désagréable.
"Il est donc permis de se demander si la tendance à s'assimiler psychiquement à un événement impressionnant, à s'en rendre complètement maître, peut se manifester par elle-même et indépendamment du principe de plaisir".

"Pour ce qui est du jeu des enfants nous croyons comprendre que si l'enfant reproduit et répète un événement même désagréable, c'est pour pouvoir par son activité, maîtriser la forte impression qu'il en a reçu au lieu de se borner à la subir".

Outre la compulsion à la répétition que FREUD rattache aux processus primaires, il met en évidence ce plaisir de maîtrise. Cette pulsion à maîtriser est teintée de cruauté, donc de sadisme nous dit-il dans les "trois essais sur la théorie de la sexualité". Il pense ne pas en avoir fait une analyse précise. Il y rattache cette pulsion de maîtrise à l'érotisme anal.

LAPLANCHE et PONTALIS traduisent cette notion par "pulsion d'emprise". Ils rapportent les travaux de HENDRICK qui aborde la question sous l'angle d'une psychologie génétique du moi inspiré des recherches sur l'apprentissage. Ce qu'il appelle "instinct to master", besoin de maîtriser l'environnement est une "pulsion innée à faire et à apprendre comment faire". Cette pulsion est à l'origine asexuelle, elle peut se sexualiser secondairement en se teintant de sadisme. Elle comporte le plaisir d'exécuter une fonction avec succès.

J. SANDLER et WJ. JOFFE (1967) appellent cela "plaisir de fonction non érotique", "funktionslust" de BUHLER et HENDRICK et le relient au plaisir érotique de la façon suivante:

"Il semble probable que le reflexe de chercher et de trouver le mammelon apporte des sentiments de plaisir et de gratifications non érotiques qui sont les précurseurs du plaisir ultérieur de maîtrise".

Ils prétendent que l'enfant, à côté du plaisir proprement érotique de sucer, perçoit un plaisir par l'utilisation de fonctions motrices en tant que fonction d'autonomie primaire.

2°) Plaisir de maîtrise et sublimation.

Ce plaisir de maîtrise lié au début aux pulsions devient progressivement indépendant par déséxualisation et désagressivisation ou "neutralisation" selon le concept qu'a introduit HARTMANN est-il constitue une des composantes essentielles des mécanismes de sublimation.

Ces sublimations nous les retrouvons chez pratiquement tous les auteurs que nous avons étudiés en particulier chez FREUD qui nous dit "que le métier est surinvesti et que la libido est détachée sur lui", ABRAHAM fait de ce processus de sublimation un des aspects essentiels du travail du deuil qui constitue un point qui permet de rapprocher deuil et manie. Mélanie KLEIN et SCOTT en parlent de la même façon.

3°) Sublimation - identification - narcissisme.

Dans "psychologies collectives et analyses du moi" et "le moi et le ça" FREUD développe la notion de désexualisation qui est reprise à propos des identifications qui président au renoncement à des objets sexuels. "Il se peut également que cette identification soit la condition sans laquelle le ça ne saurait renoncer à ces objets". Il mentionne ici la mélancolie qui utilise ces mécanismes mais il ne parle pas du deuil.

"La transformation de l'attitude libidinale à l'égard de l'objet en une libido narcissique implique évidemment le renoncement au but purement sexuel, une désexualisation donc une sorte de sublimation, à ce propos il est même permis de se poser une question qui mérite une discussion détaillée, celle de savoir si nous ne nous trouvons pas ici en présence du moyen de sublimation le plus général. Si toute sublimation ne s'effectue pas par l'intermédiaire du moi transformant la libido sexuelle dirigée vers l'objet en une libido narcissique en posant à celle-ci des buts différents".

Il précise en note :

"à présent que nous avons réussi à séparer le moi du ça nous devons reconnaître que c'est ce dernier qui constitue le grand réservoir de la libido au sens primaire du mot. Quant à la libido que le moi reçoit à la suite des identifications que nous décrivons, elle est la source du "narcissisme secondaire"."

Ainsi en étudiant la pulsion de maîtrise qui induit la sublimation, qui pour certains auteurs est d'origine asexuelle, pour d'autres dépendante de la phase sadique anale, nous trouvons des processus d'identification qui eux aussi sous-entendent une désexualisation.

A plusieurs reprises dans son oeuvre FREUD utilise la notion de "narcissisme primaire" qu'il considère comme un état de fusion toute puissante avec l'objet. Cette notion de narcissisme primaire reprise par Béla GRUNDBERGER est extrêmement controversée dans la littérature psychanalytique.

Pourtant ne peut-on concevoir qu'au plaisir de maîtrise soit attaché un sentiment de puissance, reste de cet éventuel narcissisme primaire, intégré dans le narcissisme secondaire.

"Tout ce qu'on possède ou ce qu'on atteint, tout reste du sentiment primitif d'omnipotence que l'expérience a confirmé, contribue à augmenter le sentiment d'estime de soi". Ainsi dans "pour introduire le narcissisme" FREUD semble souscrire à cette hypothèse.

Que l'on considère le narcissisme primaire comme une réalité ou non, nous pouvons admettre que le sentiment de dépendance vis à vis de l'objet qui engendre des frustrations dans la sexualité

infantile induit chez l'enfant ce désir de puissance qu'il voudrait en quelque sorte arracher à l'objet. Il est vraisemblable que ce désir de puissance est à relier à la pulsion de maîtrise, aux identifications qui nous le savons dans les premières phases de la sexualité infantile sont teintées de sadisme : incorporation cannibalique. Cette pulsion de maîtrise peut être considérée également comme un désir de l'enfant de maîtriser ses propres pulsions sexuelles. Elle sous-tendrait donc l'autoérotisme infantile.

Dans cette hypothèse nous pouvons donc penser que ce désir de maîtrise est bien asexuel à l'origine, qu'il se sexualise pendant l'évolution de la sexualité de l'enfant et qu'il se désexualise secondairement à travers les identifications et les processus de sublimation. Cette désexualisation apparaît avec évidence lors de l'entrée dans la phase de latence et la résolution du complexe d'Oedipe.

Les sublimations ont une fonction : celle d'obtenir l'amour des parents en satisfaisant à leurs désirs. Ainsi FREUD dans "la disparition des complexes d'Oedipe" explique que :

"Les investissements d'objet sont abandonnés et remplacés par une identification ... Les tendances appartenant au complexe d'Oedipe sont en partie désexualisées et sublimées, ce qui vraisemblablement arrive lors de toute transformation en identification ; et en partie inhibées quant au but et changées en motion de tendresse".

Ces sublimations sont d'autant plus investies et structurantes pour le moi que le monde extérieur : parents puis environnement social les approuvent et les estiment dans une sorte de "confirmation narcissique" selon l'expression de B. GRUNDBERGER, où le moi trouve ou retrouve le sentiment d'estime de soi.

Ainsi FREUD dans "pour introduire le narcissisme" : nous dit "Une part du sentiment d'estime de soi est primaire, c'est le reste du narcissisme infantile, une autre partie a son origine dans ce que l'expérience confirme de notre toute puissance (accomplissement de l'idéal du moi) une troisième partie provient de la satisfaction de la libido d'objet".

Aimer nous dit-il abaisse le sentiment d'estime de soi, c'est un don du moi à la personne aimée, l'abandon d'une position narcissique, être aimé, aimer de retour, posséder de retour, relève le sentiment d'estime de soi, c'est une revalorisation narcissique.

Nous pouvons en conclure que dans le deuil, l'impossibilité pour le sujet d'être aimé de retour constitue en soi une blessure narcissique, une douleur, donc si l'objet est perdu ou "quand la libido est refoulée l'investissement d'amour est ressenti comme un sévère amoidrissement du moi, la satisfaction amoureuse est impossible, le réenchérissement du moi n'est possible qu'en retirant la libido des objets (pour introduire le narcissisme)".

Ce "retrait de la libido des objets" ne peut se faire que par un processus de désexualisation donc par identification et sublimation. Si nous reprenons l'observation que FREUD nous a donné de l'enfant de 18 mois qui pour lutter contre la perte momentanée de la mère met en jeu cette pulsion de maîtrise, nous voyons qu'il s'agit en fait d'un processus de sublimation. Un peu plus loin FREUD nous dit que cet enfant plus tard continueson jeu en se faisant apparaître et disparaître dans un miroir : donc il est évident qu'au processus de sublimation est ajouté un processus d'identification. Cette description du jeu de cet enfant qui répond ainsi à la perte de la mère ne peut-elle être considérée comme une description de deuil infantile ?

Nous trouvons dans "deuil et mélancolie" :

"Et le moi quasiment placé devant la question de savoir s'il veut partager ce destin, se laisse décider par la somme des satisfactions narcissiques à rester en vie".

Dans "considérations sur la guerre et la mort" :

"Nous sommes amenés tout naturellement à chercher dans le monde de la fiction, dans la littérature, au théâtre ce que nous sommes obligés de nous refuser dans la vie réelle ... Nous nous identifions avec un héros mort et cependant nous lui survivons tout prêt à mourir aussi inoffensivement une autre fois avec un autre héros".

Donc narcissisme et identification ne sont pas complètement étrangers à la conception du deuil chez FREUD.

4°) Identification.

A la conception d'identification à l'objet, qui peut prendre comme nous l'a montré GEACHCAN la forme d'une identification narcissique ou d'une identification hystérique ou d'une identification par nostalgie, nous pouvons ajouter une identification à "l'Autre" cet "Autre" qui fait partie des "relations homosexuelles" définis par CJ LUQUET-PARAT dans l'organisation oedipienne, permet au sujet une identification par fusion des idéaux du moi que FREUD décrit dans la psychologie de la foule. Ceci est une démarche que nous connaissons chez les endeuillés, en effet dans le rétablissement des contacts avec le monde extérieur, ceux-ci recherchent des amis qui leur permettent des mécanismes identificatoires de revalorisation. Cette identification est comparable à l'identification au héros dont nous parle FREUD.

5°) Idéalisation.

L'identification à l'objet s'accompagne le plus souvent d'une 'idéalisation". Dans "psychologie collective et analyse du moi" FREUD parlant de cette idéalisation nous dit "Ceci s'observe plus particulièrement dans l'amour malheureux, sans retour" (cela ne peut-il pas correspondre à la situation de deuil) "car dans l'amour partagé chaque satisfaction sexuelle est suivie d'une diminution du degré d'idéalisation qu'on accorde à l'objet. Simultanément avec cet "abandon" du moi à l'objet, qui ne se distingue plus en rien de l'abandon

sublime à une idée abstraite, cesse les fonctions dévolues à ce que le moi considère comme l'idéal avec lequel il voudrait fondre sa personnalité. La critique se tait : tout ce que l'objet fait et exige est bon et irréprochable. La voix de la conscience cesse d'intervenir dès qu'il s'agit de quelque chose pouvant être favorable à l'objet ; dans l'aveuglement amoureux, on devient criminel sans remord. Toute la situation peut être résumée dans cette formule : "L'objet a pris la place de ce qui était l'idéal du moi". Donc dans le deuil nous pouvons penser qu'identification plus idéalisation permet au sujet de faire réintégrer à l'objet la place qu'il avait dans l'idéal du moi.

Cela constitue certainement la différence fondamentale avec le mélancolique qui, par son introjection fait prendre à l'objet la place du moi et non de l'idéal du moi. Cette organisation du moi mélancolique face aux objets est à considérer comme une organisation prégénitale, alors que pour le deuil normal, il s'agit d'une organisation génitale au sens où l'entend Maurice BOUVET ou au sens de l'organisation oedipienne du stade génital de LUQUET-PARAT. Dans cette "organisation oedipienne" nous avons vu qu'elle considérait qu'il existait deux types de relation, une relation hétéro-sexuelle à l'objet et une relation homo-sexuelle à l'Autre. La caractéristique essentielle de l'organisation oedipienne génitale réside dans, nous l'avons vu, le balancement entre les deux types d'investissement possible dans une relation et dans l'autre. Ainsi le sujet qui est structuré selon cette organisation pourra facilement compenser la perte de sa relation hétéro-sexuelle en sur-investissant la relation homo-sexuelle à l'Autre.

Il est bien évident que ce travail du deuil sera d'autant plus difficile que le sujet possède des investissements plus importants vis à vis de l'objet perdu et d'autant plus facile qu'il sera mieux structuré dans cette relation d'objet génital qui, comme le dit Maurice BOUVET, est un idéal que les individus atteignent rarement.

6°) La réalité dans le deuil.

Cette relation d'objet génital a une autre caractéristique, c'est qu'elle permet au sujet une meilleure adéquation à la réalité.

Cette réalité doit être perçue par le moi. Et nous savons, Maurice BOUVET nous l'a démontré, que cette perception était souvent teintée de projections, d'isolation. Cette perception de la réalité est dans le cas particulier du deuil une reconnaissance de "l'ANANKE" la nécessité.

C'est en quelque sorte déjà une démarche active de reconnaissance qui peut correspondre à l'expression courante "en faire son deuil".

Cela nous permet de généraliser le deuil au fait que le sujet doit, qu'il y ait mort ou non, décider de rompre une relation objectale.

Dans le cas de l'identification hystérique ou de l'identification nostalgique, le sujet décide au contraire de continuer la relation perdue. Dans l'identification narcissique, le sujet accepte de rompre la relation en s'appropriant en quelque sorte, les qualités de l'objet idéalisé. Cette reconnaissance de la nécessité est donc un processus essentiel au deuil.

AU TOTAL

Quel est le propre de la situation de deuil ?

FREUD nous a montré que l'amour dans le don de soi est un affaiblissement narcissique, que l'amour venant de l'objet est une revalorisation narcissique.

Si le sujet vit cet équilibre, il admet donc de laisser à l'objet une certaine quantité de puissance, puissance de restauration narcissique qui dépend de l'autre.

Si l'objet disparaît, il emmène avec lui cette puissance de restauration narcissique et crée une blessure.

L'enfant vit au départ dans une union toute puissante avec la mère, "unité symbiotique" de M. MAHLER. La prise de conscience de soi est différentiation, reconnaissance de l'impuissance, de la dépendance face à l'objet. La pulsion de maîtrise qui a accès au début sur les fonctions d'autonomie primaire doit pour progresser acquérir la puissance que détient l'objet ; arracher cette puissance à l'objet donc agresser l'objet. De fusion, la relation devient différentiation pour aboutir à l'identité de soi par rapport à l'objet.

Ce cheminement est sous-tendu en partie par la pulsion de maîtrise, par le désir de maîtrise. D'abord dévoration destructrice du stade oral puis actualisation de la maîtrise de l'objet au stade anal.

Cette pulsion de maîtrise sexualisée est destructrice puis agressive, elle est culpabilisée donc rejetée par l'enfant.

Mais celui-ci s'aperçoit que lorsque cette pulsion est dirigée vers la maîtrise du monde extérieur et de soi : vers la maîtrise du langage, vers la maîtrise sphinctérienne, vers la maîtrise motrice dans la marche, il reçoit l'amour de la mère dans une "confirmation narcissique". Il se crée un surinvestissement de ces sublimations lorsque l'enfant entre dans la période de latence.

Il accepte l'amour dans le don de soi, en recevant l'amour de l'objet il est revalorisé.

Les pulsions sexuelles d'abord auto-érotiques s'objectalisent dans le conflit oedipien il y a intrication avec la pulsion de maîtrise, destruction culpabilisée de l'objet. FREUD nous dit que l'identification précède l'amour objectal. Nous ne pouvons ici nous étendre sur cette dynamique oedipienne mais il est permis de penser qu'elle suit la même voie que précédemment ; il se crée une désexualisation qui crée le courant tendre.

Nous voulons donc montrer que la pulsion de maîtrise est à la fois un support des identifications et des sublimations, que le but au sens freudien de cette pulsion de maîtrise est à l'origine culpabilisé car destructeur.

Nous rejoignons ainsi la formulation de LAGACHE qui nous montre que "le travail du deuil" est obligatoirement teinté d'agressivité, celà parce qu'il est centré sur l'identification, sur la volonté de récupérer la puissance de revalorisation narcissique laissée à l'objet et de la faire sienne.

LAPLANCHE et PONTALIS traduisent pulsion de maîtrise par pulsion d'emprise, nous avons ainsi sous les yeux la double fonction de cette pulsion. maîtrise de soi et du monde extérieur, emprise sur l'autre: la maîtrise aboutit aux sublimations, l'emprise aux identifications. (1)

(1) emprise : dans le Larousse : Action de prendre des terrains par expropriation.

Ainsi le "travail du deuil" est à notre sens à replacer sous le signe de cette pulsion. La "reconnaissance de l'Ananke" est une mise en jeu de cette pulsion de maîtrise, reconnaissance de la blessure narcissique, non-rejet de la douleur, maîtrise de cette douleur par l'emprise sur l'objet.

Les mécanismes de sublimation mis en jeu pendant la période de latence auraient une fonction : la "confirmation narcissique" venant de l'objet, confirmation déculpabilisante.

Ces sublimations auront dans le deuil la même fonction, celle d'une "confirmation narcissique" provenant de l'objet "internalisé" au niveau de l'idéal du moi.

Cette "internalisation" est à l'origine incorporation, puis à travers le complexe d'Oedipe elle devient introjection selon FERENCZ. Cette introjection doit être déculpabilisée par rapport à l'incorporation destructrice pendant la période oedipienne, elle permet une identification à l'objet au niveau de l'idéal du moi. Alors que l'incorporation crée une "internalisation" d'un objet dangereux au niveau du surmoi. S'il n'y a pas eu d'individuation, si le sujet reste symbiotique, l'internalisation se fait au niveau du moi, il se crée une psychose, une mélancolie.

Si le sujet met en jeu cette pulsion d'emprise malgré une culpabilité trop forte, s'il passe par dessus un surmoi tyranique, il se créé un triomphe sur l'objet qui est négation de l'objet , destruction de cet objet.. Le travail du deuil dépasse son but, il se créé une manie.

Cette hypothèse est le reflet de notre compréhension personnelle du deuil, nous la soumettons à la critique de nos Maîtres.

EN RESUME

Nous voici donc en face d'une certaine somme de données concernant le deuil que nous allons essayer de mettre en ordre.

I - Le deuil est la réaction à la perte de relation d'objet.

Dans cette définition, la plus générale qui soit, il est nécessaire de préciser :

- Que la perte de relation d'objet est à prendre au sens large.

- Qu'il s'agit d'une réaction.

1°) Le deuil en fonction de la relation d'objet.

Nous pouvons scinder la relation d'objet en relation hétérosexuelle et en relation homosexuelle sublimée.

Dans le premier cas il s'agit d'une perte de relation avec le partenaire hétérosexuel et pour une partie de perte de relation vis à vis de l'enfant.

Dans le deuxième cas il s'agit de la perte de "l'Autre", perte de relation avec les parents qui constitue un "Autre" privilégié. Perte de relation d'amitié. Perte de relation sociale en général où l'activité professionnelle est souvent primordiale ; mais il peut s'agir d'un idéal sublimé. Tout cela constitue la perte du "rôle social", notion particulièrement mise en valeur actuellement.

Ce que nous venons de définir constitue en quelque sorte la "constellation objectale" d'un sujet du point de vue de l'objet proprement dit.

D'autre part les modalités de la perte peuvent être très diverses :

- la mort vient donner son sens le plus général au deuil.

- Mais la séparation peut avec évidence en être l'équivalent.

- Le changement du statut de l'objet fait disparaître le type de relation qui lui était lié.

- La perte chez le sujet d'une fonction impliquée dans la relation entraîne également la disparition de la relation.

De toute façon le deuil est à considérer comme une blessure narcissique par manque de gratification ou de "confirmation narcissique" provenant de l'objet.

2°) Le deuil en tant que réaction

Il faut distinguer une situation de deuil où le sujet subit passivement, du deuil en tant que réaction. Il y a mise en jeu d'un travail du deuil. C'est un processus dynamique et économique où le moi intervient.

Cette réaction, nous l'avons vu, consiste en :

- Prise de conscience de la nécessité, le sujet doit décider "d'en faire son deuil". Ce qui sous-entend l'existence d'un désir de maîtrise de la situation.

- Mise en jeu du travail du deuil qui a pour fonction de retirer les investissements libidinaux liés à l'objet.

- La transformation de la libido d'objet en libido du moi par un processus d'identification narcissique.

- Une utilisation de l'énergie neutralisée dans des sublimations. Par mise en jeu d'une pulsion de maîtrise et de plaisir de maîtrise, le sujet retrouve un entrain et un enthousiasme libérateur.

- La mise en jeu d'identification par fusion des idéaux du moi sur d'autres objets desquel le sujet reçoit des gratifications narcissiques restauratrices.

II - L'importance de la structure de la personnalité.

L'entrée en action du travail du deuil, comme son efficacité, dépend étroitement de la structure de la personnalité. Le succès sera d'autant plus facile que le sujet se rapproche davantage de l'organisation génitale.

Une structure pré-génitale entrave le travail du deuil par la fixation à l'objet qu'elle sous-entend : celui-ci joue le rôle d'un véritable "moi auxiliaire" , le sujet aura beaucoup de difficulté à "en faire son deuil".

III - La régression dans le deuil normal

Si nous admettons la possibilité d'une régression dans le deuil normal, celle-ci est un retour au stade oedipien. Le deuil est alors à concevoir comme la reproduction partielle de la dynamique oedipienne propre au sujet comme nous l'a montré H. LOEWALD.

IV - Le vécu du deuil

Il est constitué par une inhibition, une angoisse, une douleur morale, une nostalgie sans perte de sentiment d'estime de soi, ce qui n'exclut pas remord et reproche à lier à l'ambivalence inévitable et au sentiment d'impuissance mais qui ne met pas en cause l'équilibre du moi, dans le deuil normal.

V - Au total

- Reconnaissance de la nécessité
- Mise en jeu de processus d'identification
- Mise en jeu de processus de sublimation

constituent les points fondamentaux indispensables au bon déroulement du travail du deuil.

Nous ne parlerons pas de "pulsion de mort" car ce concept introduit par FREUD reste très discuté.

ETUDE CLINIQUE DU DEUIL

Nous envisagerons cette pathologie selon deux points de vue : nosologique d'une part, lorsque le deuil entraîne l'apparition d'affections pathologiques bien définies ; pathogénique d'autre part, en montrant que la perturbation des mécanismes fondamentaux du deuil peut induire des réactions pathologiques transitoires et expliquer les affections précédentes.

A - AFFECTIONS PATHOLOGIQUES BIEN DEFINIES

1 -la Dépression

C'est la première affection qui vient à l'esprit car chacun sait que tout deuil est imprégné d'affects dépressifs.

Toutes les formes de dépression peuvent se rencontrer à la suite d'un deuil :

- dépression réactionnelle
- dépression névrotique
- dépression endogène
- dépression "atypique" pré-schizophrénique
- mélancolie
- mélancolie d'involution

"Les états dépressifs affectent des formes nombreuses et posent des problèmes nosographiques qui ne sont pas encore résolus". HENRY EY.

Il ne peut être question ici de discuter les diverses classifications des états dépressifs, de même la frontière entre dépression normale suivant un deuil et dépression pathologique restent à déterminer. Ces questions ne peuvent être traitées que dans une étude exhaustive. La littérature sur la dépression est considérable, nous nous contenterons de rappeler les points fondamentaux dégagés

par FREUD, ABRAHAM, Mélanie KLEIN que nous avons étudiés dans le chapitre concernant l'aspect théorique du deuil.

- Dans la mélancolie existe une régression à des stades pré-génitaux, placés sous le signe de l'ambivalence.

- l'objet est incorporé sur un mode sadique oral et prend la place du moi.

- Le surmoi exerce alors son influence sur ce moi objet par un désir d'auto-punition ou une dévalorisation.

Certains auteurs individualisent des formes dépressives qui seraient plus caractéristiques du deuil. Ainsi :

K. STERN et A. LARIVIERE individualisent les "dépressions sans contenu" constituées de "fatigue, insomnies, anorexie, perte de poids". Dans certains cas le patient dit spontanément que cette dépression est à rattacher à la mort d'un proche mais simplement pour en préciser la date d'apparition, sans mentionner les "préoccupations et émotions conscientes si caractéristiques de la période de deuil"; souvent le malade ne prend même pas conscience des coïncidences de temps.

Dans la littérature allemande ces dépressions sont appelées "dépressions vitales" parce que les fonctions vitales telles que le sommeil, l'appétit, la digestion le tonus général sont altérées.

Nous avons vu qu'un deuil pouvait être suivi d'une mélancolie, à l'inverse il peut survenir une manie. Nous savons que les deux affections sont liées dans la psychose maniaco-dépressive.

2) La manie

La survenue de cette affection avec son caractère d'euphorie, de libération, de triomphe mégalo-maniaque, n'a pas manqué d'attirer l'attention des auteurs dans le contraste qu'il pouvait exister avec cet évènement si triste qu'est le deuil. De même que les mélancolies survenant après un évènement heureux n'ont pas manqué de provoquer l'étonnement et l'intérêt : TINEL (1931)

C'est en 1938 que des discussions passionées ont eu lieu à ce sujet : cette même année P. ABELY - LECOMTE d'une part, BONNAFOUS - SERIEUX et H. EY nous rapportent des cas de "manie de veuvage". D. LAGACHE s'appuyant sur les travaux de FREUD propose une explication psychanalytique.

Pour ABELY - LECOMTE qui rapportent une observation d'une femme qui fait un état maniaque à la suite de la mort d'un mari alcoolique et tyranique, le plus impuissant, la manie est l'expression d'une libération pure et simple.

Cette femme "perfectionniste", obsédée par l'idée d'être aimée, d'avoir des satisfactions génitales, ressent un grand soulagement lors du décès. Mais cette libération dépasse la mesure.

Ainsi pour les auteurs, la simple connaissance de la biographie de la malade pouvait faire prévoir le sens des réactions qui surviendraient lors du décès.

BONNAFOUS-SERIEUX et H. EY rapportent l'observation de 3 manies de veuvage.

Il observent que l'on peut retrouver certains points communs à ces trois observations

- un temps de latence avant l'apparition de la manie
- l'impression qu'au cours de l'accès le mort est présent, il est considéré comme vivant.
- la briéveté de l'état maniaque.
- la reprise des troubles parfois immédiate après un accès mélancolique.

Cette pathologie ne peut se résumer par le terme de "la veuve joyeuse" elle est l'expression d'une "insurrection de la vie instinctive refoulée" d'un "abandon de la censure" et citant FREUD d'une déroute du surmoi.

D. LAGACHE (1938) nous rapporte une observation psychanalytique d'une manie chez une femme après la mort du père avec négation de cette mort et identification au père (il signale que cette femme était considérée comme un "garçon manqué".)

Ces conclusions reprises dans son article "le travail du deuil" (1938) sont pour l'essentiel que : le deuil est un travail de libération, "ce travail ne se fait pas dans la mélancolie mais s'accomplit d'une manière précipitée dans la manie".

"Les deux affections luttent contre le même complexe auquel le moi

succombe dans la mélancolie, dont il s'affranchit dans la manie" qui est l'expression d'une psychologie du "malgré tout" ou du "quand même". Il signale que lorsque le deuil est progressif, il n'amène aucun sentiment de triomphe.

J. DELAY (1943) dans "Manie réactionnelle et compensation" rapproche les manies de deuil d'autres situations douloureuses où la manie est considérée comme un accès hédonique compensatoire qu'il compare aux festivités des secondes obsèques existant dans les peuplades primitives. Il conteste le caractère purement psychogène de ces manies qu'il considère comme des réactions biologiques à la suite d'un choc "à la faveur duquel se produit une réaction psycho pathologique". C'est le sens de ces relations qui serait selon lui étroitement lié aux instances affectives profondes.

Ce problème a été repris en 1958 par B. SCHMITZ et A. GREEN. Ils nous apportent une intéressante observation, très détaillée d'un deuil maniaque chez une femme très dépendante survenant à la mort de la mère, celle-ci représentant un support objectal polyvalent et très ambivalent. La mère est, en particulier, le support de nombreuses identifications.

La manie est, ici encore, délirante. Traitée par sismothérapie, elle se transforme en dépression où selon les auteurs la malade "fait alors son deuil". Puis l'évolution se poursuit pour aboutir à un délire mégalomaniaque. Comparant leurs cas à ceux rapportés par différents auteurs, ils rapportent les caractéristiques suivantes :

- la mentalité symbiotique
- la période de latence avant l'accès
- les éléments du tableau clinique qui font penser soit à un état mixte soit à une psychose délirante aigüe
- le fait que la malade couche dans le lit à la place de la morte
- la production délirante au cours de la manie
- l'importance des thémes mégalomaniaques
- la période dépressive secondaire
- l'évolution vers une organisation délirante.

Ces articles sur la manie constituent une proportion très importante de la littérature française sur le deuil.

Ces états dépressifs ou maniaques ne représentent pas l'exclusivité du deuil, nous trouverons également des névroses et psychoses déclenchées par le deuil.

3) Les états névrotiques

Nous avons déjà signalé que FREUD considérait que le deuil pouvait, en cas de prédisposition à la névrose absessionnelle, déclencher des "états névrotiques obsessionnels" produits par l'ambivalence à elle seule. Mais toutes les formes névrotiques peuvent se rencontrer

a - névrose d'angoisse

Le vécu du deuil est remplacé par l'angoisse inexpliquée, souvent ces phénomènes sont rapportés à l'absence d'émotions normales qui suivent un deuil, nous en reparlerons. Cette angoisse peut être exprimée sous forme d'angoisse de Mort.

Elle s'accompagne, selon LINDEMAN, d'une expression somatique importante.

b - névrose phobique ou hystérie d'angoisse

STERN-LARIVIERE rapportent des cas de peur de mort subite, peur du poison, peur de la poussière.

Pour J. DEHU (1968) "le neurasthénique nosophobe et thanatophobe vit avec la terreur de "sa"mort". L'auteur rapporte plusieurs observations de phobie suivant un deuil.

c - hystérie de conversion

D. GEACHCAN en rapporte un cas au cours d'un deuil revécu dans une analyse thérapeutique, se traduisant par des paresthésies au niveau de la main, ramenées au fait que le malade aimait beaucoup les mains de son père décédé. Ces paresthésies sont pour lui dues à une identification hystérique au mort.

STERN-LARIVIERE ont observé parmi 38 patients en deuil, 2 cas de fugue hystérique.

d - névroses obsessionnelles

Le cas de déclenchement de névroses obsessionnelles authentiques est assez rare. Par contre idées obsessionnelles, rituel compulsif sont très fréquemment observés.

STERN-LARIVIERE rapportent un cas de névrose obsessionnelle authentique se traduisant par : obsession de la mort, lavage des mains quand le sujet pense à quelqu'un pour éviter qu'il ne meurt. La malade se dit "porteuse de mort". Elle s'est progressivement aggravée dans une névrose authentique.

N. QUIDU, J.C. ESCOLIER, C. WEISS (1968) rapportent un cas de "crise obsessionnelle" consistant en une recherche compulsive d'objets et de souvenirs rappelant le mort. Cette crise est déclenchée par une impossibilité d'aller au cimetière le jour anniversaire de la mort du mari, habitude que la malade avait depuis de nombreuses années. "Si un grief contre lui s'impose à son esprit, elle annule cette mauvaise pensée en se récitant toutes les qualités du défunt par exemple".

ANDERSON retrouve 7 % "d'état de tension obsessionnelle" parmi les endeuillés.

4) réactions psychotiques et psychoses

D. LAGACHE (1938) dans son article sur le travail du deuil cite des délires d'influence et de possession constituant une "forme spirite du deuil". Il mentionne que ces formes de psychose ne sont qu'une accentuation de certains phénomènes tels que "illusion de la vie du cadavre", "négation de la mort" qui font partie du symptôme de "la méconnaissance systématique de la mort". Des illusions diverses : rêveries, rêves, affirment contre la réalité la présence du mort. Visions et voix ressemblent à certains délires oniroïdes. Il y a identification partielle puisque c'est l'activité propre du délirant qui est attribuée au mort.

PARKES, LINDEMAN, MARRIS, remarquent les mêmes phénomènes qui peuvent durer pendant une à quatre semaines selon PARKES.

STERN et LARIVIERE parmi 38 malades hospitalisés à la suite d'un deuil relèvent 7 cas ouvertement psychotiques. Ils y distinguent des réactions psychotiques qui apparaissent pour la première fois et qui peuvent être transitoires :

idée de persécution provenant du mort le plus souvent, négation de la mort, idée qu'un vivant a empoisonné ou tué le mort. Ils différencient ces réactions psychotiques depsychoses déjà constituées où en deuil vient apporter un élément évolutif nouveau, par exemple un syndrome d'influence provenant du mort.

PARKES, ROTH (1959) individualisent des états d'angoisse phobique accompagnée de dépersonnalisation. 37 % de ces malades avaient subi un deuil récent.

J. DEHU (1968) rapporte des cas de psychoses délirantes centrées sur des thèmes de métamorphose, des négations délirantes de la mort.

5) hypocondrie

LAGACHE (1938) individualise des formes anxieuses et hypocondriaques du deuil dues, nous dit-il, à des troubles de l'identification : le malade éprouve en particulier des symptomes de la maladie même qui a entraîné la mort du défunt.

Pour PARKES C. M. (1965) les symptômes d'hypocondriaques sont communs et font partie des troubles habituels du deuil. Les hypocondries délirantes sont toutefois moins fréquemment signalées.

Pour J. DEHU les manifestations hypocondriaques sont fréquentes. Elle signale que des investigations paracliniques peuvent constituer un facteur aggravant.

6) altérations de la conduite sociale

Ce que LINDEMAN appelle "the loss of pattern of conduct" qui traduit le fait que les patients sont désorganisés dans les relations inter-personnelles. Ces troubles du comportement sont très fréquents allant des conduites agressives à l'isolement complet de l'entourage.

Plusieurs auteurs ont mentionné en particulier que le deuil pouvait être responsable de certains cas de délinquance.

Des réactions d'hyper-sexualité sont extrêment fréquentes d'après Maria TOROK, qu'elle individualise sous le nom de "maladie du deuil". "Tous ceux qui s'avouent avoir vécu un tel accroissement libidinal à l'occasion de la perte d'un objet le font avec honte, étonnement et en font part avec hésitation et la voix basse. Tel malade mentionne qu'une chanson frivole lui est passée par l'esprit. Tel autre qu'elle essaie un voile noir en souriant dans un miroir.

Telle autre qui se reproche d'avoir eu des rapports sexuels où elle a ressenti un grand plaisir avec son mari le jour de la mort de sa mère. Ces recrudescences de la libido, elle les rapproche aux cas de "manie normale" d'ABRAHAM. Ces élèments d'hyper-sexualité et de culpabilité sont à rapprocher, d'après elle, d'un sentiment de triomphe sadique du type maniaque en se référant à Mélanie KLEIN.

Donc nous pouvons penser que ces "altérations de la conduite sociale" sont pour une part en relation avec des phénomènes d'agressivité détournée ou des résultats de conduite hypomaniaque.

6)- somatisation

E. LINDEMAN (1944) considère que les "impressions de détresse somatique" font partie des signes pathognomoniques du deuil surtout marqués par des sensations respiratoires diverses, des sensations de plénitude gastrique, impressions de manque de puissance musculaire. Ces "sensations de détresse somatique" surviennent sous forme de crises pouvant durer de 30 minutes à 1 heure. Elles sont provoquées par les visites, le rappel du décès ou de souvenirs concernant le mort ou par des simples preuves de sympathie. Ce qui est décrit semble correspondre à des crises d'angoisse somatisée.

STERN, LARIVIERE :"il faut rappeler que la majorité de nos cas présentait des plaintes somatiques et une affection quelconque. Nous appliquerons le terme ici, uniquement là où l'affliction a causé une maladie reconnue". Ils rapportent l'observation d'un malade ayant présenté une douleur dans le dos lors du décès de son père. Cette douleur s'est transformé en sciatique le jour de l'enterrement. Puis elle disparaît pour faire place à des phobies : peur de la mort, peur des couteaux.

Il faut inclure dans cette rubrique la prédisposition aux accidents nettement augmentés par l'expérience d'un deuil.

E. LINDEMAN (1949) mentionne des recto-colites hémorragiques, polyarthrites rhumatoïdes, asthme. Trente trois de ces cas de rectocolites hémorragiques sur quarante quatre étaient des patients en deuil. Il rapporte deux cas de diarrhée sanglante survenant le jour de l'enterrement.

Mc. DERMOTT et COBB (1939) insistent sur le nombre de crises d'asthme qui augmentent après un décès.

GREENE et coll (1954, 1956, 1958) dans une série d'articles concluent que la perte d'un objet d'amour intervient souvent dans l'apparition de leucémies. Il trouve un rapport significatif dans 68 cas sur 85, cela en particulier chez l'enfant.

LIDZ (1949) mentionne une fréquence importante d'hyperthyroïdie au cours d'un deuil.

PARKES (1964) sur une étude portant sur le nombre de demandes de consultations dans une population donnée, montre qu'il existe une augmentation des demandes de consultations pour troubles somatiques de près de 50 % chez des femmes ayant perdu leur mari dans les 6 mois qui précédaient. Chez ces mêmes femmes le nombre de consultations pour troubles ostéo-articulaires augmente de 75 %.

KRAUS et LILIENFELD (1959) - YOUNG, BENJAMIN et WALIS (1963) montrent qu'il existe un accroissement du nombre des décès après un deuil dans une population donnée.

A côté de ces affections bien définiés nosographiquement, le deuil provoque des réactions psychiques caractéristiques qui peuvent, si elles sont trop importantes, donner au déroulement du deuil une allure plus ou moins pathologique.

B - REACTIONS PATHOGENES DU DEUIL NORMAL

Ce sont les auteurs anglo-saxons qui, par des études systématiques portant sur un nombre important de sujets, dégagent ces réactions et ces symptômes du deuil qui, si ils sont considérées comme normaux par de nombreux auteurs, peuvent par leur accentuation, créer des désordres profonds.

LINDEMAN (1944) réunit 101 observations de deuils, dont un certain nombre se situent dans des circonstances particulièrement traumatisantes, par exemple l'incendie d'un dancing, le "cocoanut grove" à Boston où il y eut de nombreuses victimes.

MARRIS (1958) réunit 72 observations de veuves interrogées à domicile après le décès du mari.

PARKES (1965) réunit 141 observations d'endeuillés hospitalisés dans un service psychiatrique soit à la suite du deuil proprement dit, soit qu'un deuil survient pendant une hospitalisation en cours.

SIGGINS (1966) nous propose une étude synthétique de ses travaux. Il individualise 10 réactions ou symptômes qui ont été rapportés par les auteurs précédents.

Nous allons rapporter ces réactions en conservant la liste de SIGGINS tout en montrant quelle est l'incidence pathogène de ces réactions.

1 - La culpabilité :

Rapportée à l'ambivalence par la plupart des auteurs, la culpabilité est d'autant plus importante que les pulsions agressives sont plus marquées avant la mort. Dans certains cas le sujet est conscient de désir de mort, souvent dans ce cas "l'identification avec le mort" peut avoir une signification punitive. Au maximum cela peut se traduire par l'appréhension d'un désir de vengeance du mort, nous pensons pouvoir expliquer cela par les processus d'identification dans la structure du surmoi que LOEWALD met en évidence.

Le soulagement que la mort ait touché quelqu'un d'autre et non pas soi, peut aussi aggraver le sentiment de culpabilité, ce que LINDEMAN a rencontré fréquemment lors de deuils survenant lors d'une catastrophe ayant causé de nombreuses victimes.

Des reproches d'abandon adressés au mort peuvent également intervenir dans ce sentiment. Au maximum cette culpabilité créera une mélancolie lorsque la régression vient s'y ajouter.

2 - la colère

Elle correspond au sentiment hostile adressé au mort qui a abandonné le sujet. Cette colère est le plus souvent déplacée sur des personnes "représentatives" telles que médecins, chirurgiens, à qui il est reproché de n'avoir pas

fait ce qu'il fallait faire, à un responsable d'un accident, parfois aux témoins.

Cette colère peut être parfois rapprochée de "la loi du talion", de la vendetta ou au fait de "lever le poing contre les dieux". Cette colère pourra créer des troubles d'adaptation sociale ou un délire de préjudice ou de revendication.

3 - L'émancipation

Lorsque la mort vient enlever l'obligation de dépendance qui pouvait exister entre le sujet et la personne décédée. Ce sentiment peut aller jusqu'à :

4 - L'impression de délivrance

présente surtout lorsque le "travail du deuil" peut précéder le moment de la mort. Par exemple en cas de maladie suivie d'une longue agonie, dans ce cas la mort peut même rendre possible l'expression : "il vaut mieux qu'il en soit ainsi, au moins il ne souffre plus".

Emancipation ou délivrance peuvent aboutir à une "maladie du deuil" individualisée par Maria TOROK dont nous avons précédemment parlé ou à des états hypomaniaques ou maniaques.

5 - L'anxiété

toujours présente dans le deuil elle peut parfois être rapportée à :

6 - La réactivation de vieux conflits

conflit oedipien lors de la perte de parents. Nous avons vu que Mélanie KLEIN considérait que tout deuil est la réactivation de la "position dépressive infantile". Cette anxiété et cette réactivation peuvent déclencher une réaction névrotique ou une névrose authentique.

7 - Sentiment d'impuissance

traduisant la prise de conscience de l'endeuillé de ne pouvoir faire quoi que ce soit à propos de la perte inexorable, ou l'impuissance à faire face à la vie, sans l'aide de la personne morte.

BIBRING donne à ce sentiment une importance primordiale dans toutes les dépressions. D'après lui, il est fonction de l'échec face à "l'idéal du moi" du sujet.

8 - Symptôme somatique

LINDEMAN (1944) en fait un symptôme constant à tout deuil qui serait l'expression de mécanismes d'identification. Nous avons vu que cette "somatisation" peut créer des maladies psychosomatiques bien individualisées. De même nous lui en rapprocherons les symptômes hystériques et l'hypocondrie.

9 - Le déni de la mort

qui constitue également une constante transitoire survenant dans les premiers jours d'un décès. Ce déni s'exprime par :

- "une culture de l'idée de présence du mort" PARKES (1965)

- impression de présence du décédé en particulier au réveil, au moment des repas par exemple : le fait de mettre en place les couverts à la place du mort : acte manqué extrêment fréquent.

- impression d'effectuer une action en compagnie de la personne décédée.

Ces impressions peuvent s'accentuer au point de créer des décompensations psychotiques, "forme spirite du deuil" mentionnée par LAGACHE (1938).

10 - Absence d'émotion

qui est considérée plus comme une explication pathogénique que comme un symptôme.

Hélène DEUTSH (1937) envisage cette "absence de douleur" en fonction des conceptions analytiques. Tous les auteurs anglo-saxons se réfèrent à son travail. Ils méritent d'être rapportés de façon plus détaillée.

"Mes convictions sont :

1) que la mort de la personne aimée doit provoquer une expression réactionnelle de sentiments dans le cours normal des évènements;

2) que l'omission de telle réponse réactionnelle doit être considérée comme une variation de la normale tout autant que l'excès en durée et en intensité;

3) que la douleur non manifestée se trouvera exprimée d'une manière ou d'une autre".

Elle pense que le moi, au moment critique, ne peut supporter la tension du travail du deuil, comparant cette absence de douleur au fait que les enfants,

très souvent, ne montrent pas de chagrin à la suite du décès d'un parent, car le moi n'est pas suffisamment développé pour maîtriser la situation; l'enfant utilise "un certain mécanisme d'auto-protection narcissique pour se soustraire au processus", mécanisme qu'elle dit ne pouvoir définir clairement, fait appel à la régression ou à la mobilisation des mécanismes de défense du moi.

"Le fait que ces mécanismes de défense soient appelés à opérer dépend de l'opposition de 2 forces : la force de ruée des affects et celle du moi affrontant l'orage. Si l'intensité des affects est trop grande ou si le moi est relativement faible, l'aide des mécanismes de défense de rejet est invoquée".

"Cette faiblesse relative du moi est soit constitutionnelle, soit en relation avec des circonstances particulières telles :

- que le moi soit occupé à un investissement important sur un autre point
- qu'il soit épuisé en raison d'une dépense d'énergie importante précédant immédiatement la perte.
- ou qu'il soit accaparé par une situation narcissiquement satisfaisante. L'énergie résiduelle est alors incapable de faire face aux exigences du deuil".

Elle rapporte 4 cas "d'absence de douleur".

1) une absence d'affect chez un garçon de 5 ans à la mort de la mère qui, à l'âge adulte, ressent des "dépressions non motivées". Il était frappé du fait qu'il pouvait briser amitié ou liaison amoureuse sans rien ressentir. Il y avait donc répétition du mécanisme de défense initial chaque fois qu'une perte apparaissait, et déplacement dans le temps des affects.

2) un homme de 30 ans qui se reproche de n'avoir rien ressenti à la mort récente de sa mère ni à son enterrement, présente des crises de larmes compulsives sans raison apparente et des symptômes d'hystérie de conversion sévère.

Il avait avant la mort une affection excessive et consciente pour sa mère, une dépendance et une identification avec elle dans une attitude passive féminine.

L'acceptation du deuil aurait entraîné un renforcement de l'identification du moi à la mère avec risque de passage à la mélancolie.

Le malade utilise alors une identification hystérique pour conserver une

relation par des symptômes hystériques, qui remplissaient d'ailleurs une fonction d'auto-punition de sentiments agressifs infantiles non résolus.
D'ailleurs quand l'analyse réussit à mettre le patient devant cette situation de deuil le risque de suicide devint réel.

3) un cas "de paralysie affective" où le sujet était incapable de liaisons amoureuses ou d'une amitié quelconque. "Il manifestait la même réaction morne et apathique à toutes les expériences".
Cet homme tirait une satisfaction narcissique même de ses échecs en mettant en avant "son contrôle extraordinaire des émotions".

L'analyse révèle que cette absence d'affect est à rattacher à la mort de la mère survenue alors que le sujet avait 5 ans. Il ne manifesta aucune émotion et avait refoulé tout souvenir de la mort et de ce qui l'avait précédée. "A la perte de proche il n'y avait aucune réaction de chagrin, aucun sentiment inamical, aucune pulsion agressive".
"Les expériences heureuses et positives étaient tout autant sacrifiées dans la paralysie complète. La condition pour une suppression permanente d'un groupe d'affects était la mort de la vie émotionnelle tout entière".

4) Enfin Hélène DEUTSCH nous rapporte le cas d'une femme qui n'était capable d'amitié et d'amour que dans les situations où il ne pouvait y avoir aucune réalisation.

Elle présentait au début de chacune des séances d'analyse des crises de larmes sans contenu et sans caractère compulsif. A l'opposé, dans toute situation triste la concernant, elle était sans réaction, par contre elle participait plus que de mesure à la peine ou au chagrin des autres.

Hélène DEUTSCH rapporte ce cas à des troubles de l'identification avec mise en jeu de projection et de déplacement qu'elle considère comme des mécanismes schizoïdes apparus lors du divorce des parents.

Elle pense qu'ainsi pourraient s'expliquer certains comportements criminels, dans une réalisation d'affects non résolus telle la culpabilité dans la recherche d'une actualisation de la punition.

"Le processus du deuil doit être pleinement réalisé. Aussi longtemps que l'attachement précoce libidinal ou agressif persiste, l'affect douloureux continue à se développer et vice-versa; les attachements ne sont pas résolus aussi longtemps que le processus affectif du deuil n'a pas été achevé... Quelle que soit la forme de son expression, nettement pathologique ou masquée, déplacée, transformée, hystérique, obsessionnelle ou schizoïde, dans chaque cas la quantité de réaction douloureuse destinée au deuil doit être maitrisée... J'ai pensé qu'une conscience intérieure de l'incapacité à maitriser l'émotion, c'est-à-dire la conscience pour le moi de son insuffisance, était la force motivant le rejet de l'émotion et selon le cas son déplacement".

Ces réactions peuvent constituer un des aspects pathologiques du deuil décrits dans la littérature anglo-saxone. A côté de cela, LINDEMAN puis PARKES individualisent des altérations pathologiques constituées par les modifications de la durée du deuil.

Ainsi LINDEMAN (1944) rapporte des cas de deuils différés

-lorsque le sujet est occupé à une tache importante ou qu'il doit soutenir le moral des autres, il peut n'y avoir aucune réaction de deuil pendant quelques semaines ou plus.

- parfois le deuil apparaît des années après la mort, à l'occasion d'un autre décès, lors d'un anniversaire de la mort, ou lorsque le sujet atteint l'âge auquel la personne est décédée.

Cet auteur parle également de deuil prolongé et de deuil chronique.

M. QUIDU J.C ESCOLIER C.WEISS nous rapportent "un cas de deuil pathologique différé" chez une femme, survenant 12 ans après la mort de son mari.

Ce deuil est constitué de réactions somatiques d'angoisse, de crises de larmes, d'impression de présence du mari, de rituel d'annulation de type obsessionnel, de sensation de vide.

Cette malade a presenté un état dépressif aussitôt après la mort du mari. Pendant l'intervalle libre, à chaque anniversaire, elle présente de courtes phases dépressives s'accompagnant de manifestations psycho-somatiques (diarrhée, crise vésiculaire).

Puis l'épisode décrit ci-dessus s'est déclanché parce que la malade n'a pu aller sur la tombe de son mari pour la première fois depuis 12 ans, et par une phrase : "tu sais bien que Louis ne t'oublie pas". Il y alors déclanchement d'une crise obsessionnelle.

Cette observation illustre parfaitement un certain nombre de données que nous avons présentées, en particulier l'échec du travail du deuil.

C - LE DEUIL NORMAL

Toutes les réactions que nous venons de rencontrer font partie des manifestations du deuil normal.

PARKES (1964) compare la fréquence de certaine de ces manifestations chez des endeuillés hospitalisés dans un service de psychiatrie à la fréquence de ces même manifestations observées par MARRIS (1958), chez 72 veuves de moins de 60 ans interrogées à domicile. Il rapporte cette comparaison dans le tableau que nous reproduisons à la page suivante.

PARKES nous dit que seules les "difficultés d'accepter la perte" et "la culpabilité" montrent une augmentation de fréquence statistiquement significative chez les endeuillés hospitalisés dans un service psychiatrique.

Nous sommes frappés par le chiffre exactement correspondant à propos de la "recherche du souvenir du mort", "l'impression de présence du mort", "l'impression d'exécution de gestes en compagnie du mort". Ces refus momentanés du deuil dans la séparation correspondent au "déni du deuil" sur lequel s'est penché LIPSON qu'il faut différencier du "refus de la douleur" individualisé par H. DEUTSCH.

paux symptômes du deuil	MARRIS endeuillés dans la population %	PARKES endeuillés dans un service psychiatrique %
PRESSION et ANGOISSE	100	100
ATHIE	61	50
OMNIE	79	71
CHERCHE DU SOUVENIR DU MORT	21	21
PRESSION DE PRESENCE DU MORT	50	50
PRESSION D'EXECUTION DE GESTES COMPAGNIE DU MORT	21	21
NTATIVE POUR ECHAPPER AU SOUVENIR	18	36
FFICULTE D'ACCEPTER LA PERTE	29	79 +
LPABILITE	11	79 +
RESSIVITE ENVERS LES SURVIANTS	15	43

LINDEMAN (1944), PARKES (1964), MARRIS (1958), WRETMARK (1959) proposent une description du deuil normal.

Au début, l'endeuillé ne réagit pas, il fait comme si rien ne s'était passé. Cela peut durer de quelques heures à quelques semaines.

Puis apparaissent par crises des regrets, des décharges émotionnelles, des sensations de détresse physiques. Pendant ces crises, le sujet est déprimé et apathique, et ressent une impression de futilité de la vie.

Les symptômes associés sont l'anxiété, l'insomnie, l'anorexie, l'agitation, l'irritabilité avec des accès de colère dirigés contre les autres et soi-même, et une quête des souvenirs pour idéaliser la mémoire du mort.

Ces élèments ne sont pas suffisamment sévères pour que l'endeuillé fasse appel au psychiatre, mais ils peuvent aboutir à des isolations sociales pathologiques ou à des tentatives de suicide.

LINDEMAN va jusqu'à individualiser 5 symptômes pathognomoniques du deuil aigu qui correspond aux premiers jours suivant un décès, ce sont :

- les réactions de détresse somatique
- la persistance du sentiment de la présence du décédé
- la culpabilité
- les réactions hostiles
- la perturbation de la conduite sociale

Quant à la durée de ces processus de deuil, pour LINDEMAN elle est de 4 à 8 semaines, pour PARKES elle peut aller jusqu'à 6 mois.

Pendant plusieurs années il peut survenir de brèves périodes de regrets et de chagrin déclanchées par des évenements rappelant le mort.

B. VIDAL et G. VIDAL (1960) donnent également une description du deuil normal où ils insistent sur les reproches relatifs au passé et sur la "décoloration affective du monde" qu'ils considèrent comme une "attitude de désinterêt par reflux des investissements libidinaux plus ou moins marqué, plus ou moins longue mais constante".

FREUD, dans "Deuil et mélancolie" insistait sur le fait qu'il n'existe pas de trouble du sentiment d'estime de soi dans le deuil. En dehors de cela il le compare à la mélancolie. "Le deuil sévère, la réaction à la perte d'une personne aimée, comporte le même état d'âme douloureux, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur -dans la mesure où il ne rappelle pas le défunt- la perte de la capacité de choisir quelque nouvel objet d'amour que ce soit - ce qui voudrait dire qu'on remplace celui dont on est en deuil -, l'abandon de toute activité qui n'est pas en relation avec le souvenir du défunt. Nous concevons facilement que cette inhibition et cette limitation du moi exprime le fait que l'individu s'adonne exclusivement à son deuil, de sorte que rien ne

reste pour d'autres projets et d'autres intérêts. Au fond ce comportement nous semble non pathologique pour la seule raison que nous savons si bien l'expliquer".

CONCLUSION A PROPOS DE CETTE ETUDE CLINIQUE DU DEUIL

Il nous faut donc remarquer que la dépression est très loin de représenter la seule affection qui peut survenir lors d'un deuil.

Tous les auteurs anglo-saxons insistent sur les somatisations, en particulier sur la fréquence des affections ostéo-articulaires. A ce propos nous ne pouvons résister à rapporter une interprétation certainement fantaisiste qui nous a traversé l'esprit : s'il existe une identification au mort, celle-ci peut se faire sur un symbole, la mort n'est elle pas representée par un squelette ?

Ces auteurs anglo-saxons attachent également une importance primordiale au travail d'Hélène DEUTSCH. Ils démontrent que dans de nombreux cas le refus de la douleur est pathogène.

Il est à noter que pour LINDEMAN les réactions hostiles et les perturbations de la conduite sociale font partie des signes pathognomoniques du deuil au même titre que la culpabilité et les réactions somatiques.

La persistance du sentiment de présence du décédé est une constante. LAGACHE nous fait remarquer que ce peut être le point de départ d'une psychose.

INCIDENCES DU DEUIL DANS L'INVOLUTION

A - DEPRESSION ET INVOLUTION

Nous allons poursuivre notre travail en fonction de notre démarche réflexive.

Nous avions remarqué lors de notre pratique Psychiatrique, l'importance quantitative des affects dépressifs chez les vieillards. Nous pensions, en particulier, que l'inhibition pouvait venir aggraver les troubles déficitaires, créer une perte de l'élan vital et des intérêts dirigés vers le monde extérieur, une fixation au passé.

La lecture du livre de L. CIOMPI et GP LAI "Dépression et vieillesse" détruisait cette façon de voir.

Ce travail est un aboutissant de plusieurs années de travaux de recherches statistiques de la clinique universitaire de LAUSANNE, dirigés par le professeur CH. MULLER. Il s'agit d'une étude statistique dans le cadre d'investigations catamnestiques sur l'évolution des affections psychiatriques dans la sénescence.

Dans un souci scientifique rigoureux, centré sur une étude statistique portant sur 555 cas dont 127 réexaminés, CIOMPI et LAI ne retrouvent aucun parallélisme statistique entre la pathologie dépressive antérieure et la pathologie de la sénescence.

Du point de vue de la symptomatologie dépressive, ils retiennent un "syndrome dépressif" caractérisé par : la tristesse, la douleur morale, le ralentissement, l'inhibition des fonctions psychiques, les sentiments de culpabilité et les auto-accusations, les tendances suicidaires, l'angoisse et, éventuellement, l'agitation.

Ils nous montrent que de façon générale, chez les anciens dépressifs, après 65 ans, les dépressions ont globalement évolué :

- dans plus d'I/3 des cas, vers la disparition totale
- vers l'amélioration chez un autre 1/3 environ.
- les troubles étant restés stationnaires ou s'étant aggravés chez seulement 1/4 des cas.

Ils estiment que la symptomatologie dépressive a été remplacée par une souffrance différente. Ainsi 52,8 % des patients réexaminés présentaient une "symptomatologie additionnelle", faite de conduites hallucinatoires ou délirantes interprétatives, de manifestations phobiques, obsessionnelles ou hystériformes, de traits oppositionnels ou agressifs, d'alcoolisme.

D'après eux, cette "symptomatologie additionnelle" se trouve plus fréquemment dans la vieillesse des anciens patients déprimés qu'une symptomatologie dépressive vraie.

Mais cette symptomatologie, observée une fois au moins chez les 52,8 % des anciens déprimés, tend elle aussi, à se modifier dans le cours de l'involution.

- Chez 50 % des malades elle disparaît
- Chez 31 % elle s'améliore
- Seulement 16 % restent inchangés et 3 % s'aggravent;

Parmi les cas d'aggravation il y a 100 % de revendication-opposition et manifestations hystériques. Parmi les inchangés, il y a 71,4 % de ces mêmes manifestations.

Ainsi revendication-opposition et manifestations hystériques tendent à se maintenir et à s'aggraver dans la sénescence.

A côté de cette transformation de la pathologie CIOMPI et LAI, chez les patients qui restent déprimés, notent souvent une symptomatologie nouvelle surajoutée qui vient apporter une tonalité différente à la dépression.

"La tonalité des états dépressifs change assez fréquemment dans le sens d'une somatisation des plaintes, et chez plus de la moitié des sujets réexaminés nous avons observé l'apparition, souvent sous une forme d'attitudes nouvelles, de symptomes affectifs nouveaux, parmi lesquels dominent :

- le mécontentement, l'aigreur, la dysphorie, le péssimisme, la méfiance, l'irritabilité, les conduites revendicatrices ou oppositionnelles
- l'hypocondrie, les troubles hystériformes ou psychosomatiques.
- des états hypomaniaques sont relativement fréquents.

- ETUDE DES RELATIONS OBJECTALES DANS L'INVOLUTION

En reprenant "l'organisation oedipienne génitale" de C.J. LUQUET-PARAT qui différencie la constellation objectale d'un sujet en relation hétéro-sexuelle et en relation homosexuelle sublimée nous allons essayer de définir l'évolution des relations objectales dans l'involution.

I - LA RELATION HETERO-SEXUELLE

1 - La relation dans le couple

a) Le deuil intervient toujours à un moment ou à un autre de l'involution par perte du conjoint.

b) Indépendemment du deuil par décès, des modifications interviennent souvent dans cette relation du couple et cela dès la climaterium;

La plupart des auteurs ayant étudié la sexualité du vieillard : KINSEY, FINKLE, NEWMAN-NICOLS, admettent une diminution de l'activité sexuelle avec l'âge. La fréquence de l'impuissance fonctionnelle est d'autant plus grande que l'âge est plus grand. La cinquantaine représente le passage le plus délicat.

Pour la femme, la ménaupose crée souvent une dyspareunie et une dysurie post-coïtale. Les rapports sexuels douloureux tendent à être rejetés, cette douleur peut être en rapport avec un amincissement de la muqueuse vaginale, une diminution de la distensibilité du canal vaginal et un rétrécissement des grandes lèvres en rapport avec la diminution du taux des stéroïdes sexuels. Mais ces douleurs sont très variables d'une femme à l'autre et chez une femme d'un moment à l'autre. Pour STERN et PRADOS il n'y a pas de corellation entre l'intensité des symptômes physiques relatifs à l'arrêt hormonal (bouffées de chaleur par exemple) et la violence des

troubles émotionnels dus à la privation de stéroïdes. Ils pensent également que parmi les nombreuses plaintes présentées par les femmes ménauposées, la plainte physique des douleurs pelviennes est celle qui est la plus intimement liée aux formes les plus sévères de mauvaise adaptation psychique.

Hélène DEUTSH : dans la "Psychologie des femmes" montre que la sexualité féminine est liée, non seulement à la sensualité mais aussi à la maternité, elle établit que pendant la période pré-climatérique beaucoup de femmes désirent plus ou moins consciemment être une fois de plus enceinte, montrant de cette façon un sentiment d'appréhension envers la "fermeture des portes"; elles ont une demande sexuelle exacerbée.

D'autres femmes sont sujettes à un renouveau d'intérêt pour leur mari et pour la conservation de leur apparence physique. Elles font part d'une véritable "seconde lune de miel", cette expression de désir sexuel libéré du au soulagement de "la phobie de la grossesse" est l'un des facteurs le plus fréquemment responsable des tensions sexuelles accrues chez certaines femmes de 50 à 60 ans.

Chez l'homme on trouve, de même, assez fréquemment, un désir d'activité sexuelle accru, bien connu sous le nom de "démon de midi", qui peut être en rapport avec la monotonie des rapports sexuels, un désir de réassurance de sa propre virilité, induisant un désir de changement de partenaire sexuel.

Toutes ces modifications, impuissance, frigidité, et augmentation de la demande sexuelle, créent, si elles ne correspondent pas chez les partenaires, des conflits importants au niveau du couple , conflits d'autant plus graves qu'ils sont le plus souvent camouflés et non explicités.

W.H. MASTERS-V.E. JONHSON dans une récente étude sur les relations sexuelles chez l'homme et la femme âgés, montrent que la participation psychique, le contexte social victorien qui condamne la sexualité des personnes âgées, entrent pour une part très importante dans le refus de la sexualité des personnes âgées. Ils nous montrent, après

KINSEY, que si aucun trouble physique aigu ou chronique n'intervient, une sexualité satisfaisante peut être conservée jusqu'à un âge avancé. C'est la régularité dans la pratique sexuelle qui est, d'après eux, le meilleur garant de la conservation de la fonction.

c) Dans le couple vient se greffer également une modification dans les relations, induite par la retraite,

La présence de l'homme au foyer crée, pour TOWSEND et NEUGARTEN un sentiment de dépendance de l'homme. La routine des travaux et des responsabilités est troublée, la femme se plaint d'un surcroît de travail, elle a l'impression de perdre son rôle de maîtresse de maison, qu'elle tend à renforcer par des mesures d'autorité. Le plus souvent il se crée une dépendance accrue de l'homme et une augmentation réactionnelle de l'agressivité de la femme, les conflits sont donc encore plus fréquents. Si un équilibre est trouvé celui-ci est le plus souvent un régime matriarcale.

Au total nous voyons que de nombreux facteurs font qu'il y a changement du type des relations conjugales débutant entre 50 et 60 ans; cette modification exige l'abandon d'un type de relation pour rechercher un équilibre nouveau. De nombreux facteurs de la relation objectale doivent être ainsi abandonnés, nous pouvons penser qu'il existe des situations partielles de deuil, deuil étant pris dans son sens large.

2 -La relation parent-enfant

La période de 50 à 70 ans, correspond également pour les parents à une modification de la relation parent-enfant.

Du point de vue matériel, les enfants ont acquis une situation professionnelle stable, une indépendance financière et affective. Le mariage vient rompre un investissement affectif privilégié. Jusqu'au mariage les parents estiment être l'interlocuteur essentiel de leur enfant sinon des objets d'amour exclusifs. Les conflits ne sont pas rares à cette occasion,

il se crée un complexe de la "belle-mère" pourrait-on dire. Le partenaire essentiel du fils ou de la fille est son conjoint.

Il se crée une sorte d'inversion de la relation avec sentiment de dépendance affective des parents. Cette inversion est souvent mal tolérée. L'ambivalence ancienne est réactivée et l'agressivité est souvent déplacée sur le conjoint, cette situation conflictuelle est aggravée par la cohabitation. Là encore il y a une perte d'un certain type de relation donc deuil.

BUHLER indique qu'une identification avec les enfants peut se produire. Nous avons vu que l'identification constitue un des aspects essentiel du deuil.

II - LA RELATION HOMOSEXUELLE SUBLIMEE

1) La relation parent-enfant

Y entre pour une partie par désexualisation dans le sens parent-enfant d'une part, dans le sens enfant-parent d'autre part : les parents constituant un "Autre" privilégié. La perte de parent à la ménopause par exemple vient s'ajouter au deuil partiel que nous avons envisagé.

L'essentiel de cette relation est constituée par l'activité professionnelle La retraite en est l'aboutissant.

2) la retraite

P. BERNARD, P. NOEL, G. DELIEU-ANGLADE considèrent que "la retraite constitue souvent la prise de conscience d'une incapacité de travail beaucoup plus que l'acceptation positive d'un nouveau rôle social. On sait à quel point l'individu a tendance à s'identifier à sa profession. Mais même lorsque le travailleur est placé dans des conditions de subordination, l'individu ressent néanmoins une impression de force, de solidarité, d'ap-

partenance et par suite de sécurité qu'il perd avec la retraite".

P. CHATAGNON et coll. (1960) rapportent un cas de suicide à 67 ans après une mise à la retraite forcée chez un homme ayant réussi à maitriser une situation conjugale extrêment pénible, avec internement continuel de sa femme. Cette mise à la retraite fait décompenser tous les mécanismes de défense bien qu'elle soit prévue de très longue date. Le désir de la retraite, très fréquent chez les travailleurs, ne prémunit pas obligatoirement contre une décompensation. R. NYSSEN envisage trois modes de mise à la retraite

- retraite brusque et imprévue par maladie,
  renvoi, faute, suppression de l'emploi.
- rejet du marché de l'emploi, des personnes âgées.
- limite d'âge.

Les deux premiers modes sont d'après lui les plus pathogènes : le premier parce que la brutalité de l'évènement ne permet pas au sujet de s'y préparer. Le second parce que, extrêmement dévalorisant pour le sujet. RIESSMANN (1954) classe les retraités en 3 groupes :

- les "sujets autonomes" prémuniscontre les difficultés et les obstacles de la vie, qui trouvent en eux-mêmes des ressources compensatoires, capables de compter sur leur esprit créateur et de maintenir une activité productrice.

- les "sujets adaptés" : qui sont adaptés aux exigences culturelles d'un moment donné mais dépendants de ces exigences. Ils maintiennent une activité satisfaisante tant que les données ne changent pas mais sont incapables de trouver des ressources intérieures devant une modification du contexte social et culturel.

- les "sujets anatomiques" qui manquent, eux, tout à la fois de ressources intérieures et de support culturel. Ils se détériorent au fur et à mesure que les frustrations apparaissent et que leurs possibilités organiques et physiologiques diminuent.

HAVIGHURST (1955) propose trois phases dans l'adaptation à la retraite.

- un sentiment de frustration immédiatement ressenti après l'arrêt de travail

- puis le sujet est dominé par l'inquiétude et la recherche d'une nouvelle occupation ou plus simplement d'un nouveau rôle psychologique.

- enfin, au bout de 6 mois à I an, une phase de stabilisation où est développé le nouveau rôle que l'individu s'est choisi.

Pour KUNTER seulement 19 % des sujets conservent un bon moral après la mise à la retraite.

Pour TECK (1956), MICHELON (1954) la retraite est d'autant mieux acceptée que le sujet est capable d'individualisation par rapport au travail. Les cas les plus graves sont ceux où il existe une identification parallèle. Ainsi il existerait une relation inverse entre l'adaptation à la retraite et l'adaptation au travail.

Il est évident que toutes ces propositions pourraient être appliquées au deuil au sens courant du terme.

- Ainsi il existe un parallèlisme étroit entre le retentissement des modalités de mise à la retraite et celles concernant un deuil, en fonction de la brutalité et du facteur dévalorisant qui peut survenir lors d'un deuil.

- Les trois phases d'adaptation individualisées par HAVIGHURST sont retrouvées chez l'endeuillé.

- Les relations sujet-objet si elles sont dépendantes et exclusives entraînent en règle générale un deuil pathologique.

Ces relations du retraité à son travail comme les relations sujet-objet d'amour peuvent être ramenées à la relation d'objet de Maurice BOUVET. Les sujets les plus sensibles à la retraite sont bien évidemment les pré-génitaux pour qui le travail jouera un rôle de véritable "moi auxiliaire", l'exigeance, la dépendance sera grande, la perte de cette relation d'objet sera tout à fait comparable au deuil pathologique. Alors que chez le sujet à relation d'objet génital où "les investissements seront plus mobiles"

ce moi qui supporte les tensions suscités par des sentiments violents sans fuir l'objet est par contre capable de passer d'un objet à l'autre. Ce qui revient à dire que les investissements sont nombreux et que dans cette "organisation génitale oedipienne" les passages d'un mode d'investissement à un autre sont constants et faciles. Dans ce cas la perte du travail ne met aucunement en jeu de l'équilibre du moi, ce qui ne veut pas dire qu'un retrait des investissements ne soit pas pénible et douloureux, mais le moi est capable de maîtriser cette situation sans se remettre en cause.

Voici donc envisagé les trois relations essentielles de l'être humain : conjoint - enfant - travail. La "constellation objectale" d'un sujet ne se limite pas là, à chacun de ces trois systèmes vient se superposer d'autres relations que nous pourrions appeler "satellites" qui peuvent prendre une importance parfois majeure. Ainsi à rapprocher du travail au sens courant du terme, il est fréquent qu'un sujet s'intéresse à un violon d'ingre. Ces relations satellites peuvent être primordiales sinon exclusives. Nous allons essayer d'en faire une revue pour montrer l'importance qu'elles peuvent avoir.

III LES RELATIONS SATELLITES

1) Relations satellites à la relation conjugale

- Nous savons par exemple, que dans le cas d'un veuvage, un enfant peut devenir un substitut du disparu, qu'il se crée des relations inconsciemment érotisées avec l'enfant.

- Dans les relations d'amitié les amis (es) peuvent être également investis de sentiment d'amour refoulé qui s'exprime par exemple par une attitude ironiquement séductrice sans parler des liaisons sexuelles véritables.

2) Relations satellites à la relation parent-enfant

- L'inversion de la relation reprend son sens original sur la personne des petits enfants.

Pour MERLOO le voisinage peut acquérir un rôle symbolique de cette relation parent -enfant supportant les ambivalences propres à cette relation, qui s'expriment d'ailleurs ainsi plus facilement.

- L'activité d'enseignement est une prolongation de la relation parent-enfant. Le titre de père spirituel, de maître, est reconnu dans ce sens.

3) Relations satellites à la relation sujet-travail

- L'importance du violon d'ingre n'est méconnu par personne. Qu'il s'agisse d'activités artistiques, intellectuelles, de collection, de bricolage, nous savons l'importance que peuvent prendre ces activités lors de la retraite.

- les vocations font souvent l'objet d'un métier autonome : médecin, enseignant,prêtre, activité politique, profession juridique. Elles sont le support d'un idéal social et peuvent faire l'objet d'un investissement important à côté d'une profession différente : bonnes oeuvres religieuses, activités militante politique, syndicalisme, "rôle médical de la concierge", etc... Nous avons ainsi connu un retraité d'une profession commerciale courante qui, abonné au Journal Officiel, collectionnait les lois et arrêtés, classés par rubrique. Il conseillait ainsi de nombreux amis très utilement. Cette activité, outre l'intérêt de collection, correspondait à une compensation d'un échec dans les études de droit dans la jeunesse.

Toutes ces relations ou activités pourront être ou devenir compensatoires de frustrations dans le domaine qui leur estpropre.

D'autres activités sont plus polyvalentes. Il en est ainsi du sport par exemple, qui en compétition peut être l'expression d'une sublimation de pulsions agressives déviées de leur but. Le fait d'être spectateur peut correspondre aux mêmes motifs.

Le fait de se donner en spectacle, en faisant par exemple du théâtre d'amateur, ou en ayant un rôle "d'amuseur" dans un cercle d'amis peut correspondre à une sublimation de pulsions exhibitionnistes et être investi de façon importante.

Cette liste n'est pas limitative, chacun des sujets trouve des activités parallèles qui lui sont propre. Ces activités sont variables à l'infini.

Nous avons vu dans la relation hétéro-sexuelle qu'il pouvait y avoir deuil par disparition de l'objet mais également par modification de la fonction. Cela est vrai pour l'ensemble de ces relations objectales et pour être complet il est nécessaire d'envisager les autres modifications de fonction chez le vieillard.

IV DEFICIT DES APTITUDES ET DES CAPACITES

Il existe une somme de travaux considérables sur l'évaluation du déficit intellectuel chez le vieillard, par des tests. Les résultats sont souvent jugés comme non satisfaisants car ces tests ne sont pas adaptés à la personnalité du vieillard. Il n'est pas dans notre intention d'entreprendre un exposé exhaustif de ces travaux, nous allons nous contenter de définir les grandes lignes et le profil de ces déficits.

1 - LES DEFICITS PERCEPTIFS

- La vision : la presbytie est courante, une cataracte vient parfois s'y ajouter. Il est observé très fréquemment un rétrecissement du champ visuel, une élévation du seuil des perceptions de la lumière.
- l'audition : il y a une baisse de l'acuité auditive surtout marquée pour les hautes fréquences.
- le goût et l'olfaction voient leurs seuils élevés
- le toucher : le sens vibratoire est affecté. Il existe une plus grande sensibilité thermique. La perception de la douleur est soit exacerbée soit diminuée.

De toute façon, il existe une augmentation des délais de réponse aux

stimuli qui dépend, dans une certaine mesure, d'un retard à la transmission synaptique.

2 - LA PSYCHOMOTRICITE

La force musculaire diminue, la fatigabilité augmente,les temps de réactions sont nettement prolongés. Il existe un ralentissement moteur évident.

3 - LE DEFICIT INTELLECTUEL

- La mémoire des faits récents est perturbée constamment alors que la mémoire d'évocation est souvent bien conservée.
- Les tests faisant appel aux qualités d'abstraction chutent rapidement.
- Le vocabulaire et les tests verbaux montrent des altérations.
- La rapidité dans l'exécution d'une tâche intellectuelle est altérée.

Les tests faisant appel aux connaissances antérieures et à l'expérience du sujet résistent bien dans la sénescence. Le coefficient intellectuel (QI) chute physiologiquement de 20 % entre 20 et 70 ans d'après plusieurs auteurs.

Nous concluerons avec P. BERNARD, P. NOEL, G. DEDIEU-ANGLADE (1961), "il est très difficile d'apprécier par la psychométrie le degré du déficit parce que l'on utilise des batteries de tests étalonnées pour l'adulte et non pour le vieillard. Il n'existe pas encore de tests adaptés aux caractères spécifiques intellectuels et affectifs de la sénilité".

"Bien des éléments sont manifestement négligés dans les tests employés, tels que les éléments d'acquisition propres à la sénescence : accroissement de l'expérience, des qualités de réflexion, de pondération, de recherche de la qualité. Rappelons à ce propos les modifications du pouvoir de création

en fonction de l'âge : sommet de réusssite variable avec l'âge et la profession".

Néanmoins malgré ces critiques, on doit admettre qu'il existe des altérations psychiques liées aux altérations organiques.
Malheureusement l'état actuel de la science ne permet pas de relier de façon absolue les déficits organiques aux déficits psychologiques car il n'existe aucun parallélisme lésion-symptôme.

Des lésions caractéristiques de la sénescence sont retrouvées sans qu'existe de déficit très net. Des profondes altérations démentielles existent sans que l'on retrouve de lésions majeures.

Toujours est-il que pour le travail qui nous concerne, il est important de tenir compte de ces déficits des aptitudes et des capacités. Il est évident que lorsque le sujet a investi une activité qui exige une grande rapidité d'exécution, mise en jeu de la mémoire de fixation, celui-ci se trouvera désadapté du fait de ses déficits; de même qu'il est impensable de faire courir un 100 m en 11 secondes par un homme de 70 ans.

Cette perte de fonction pourra se traduire par une perte d'une relation d'objet essentielle et par là induire une situation de deuil.

V AUTRES RELATIONS D'OBJET

Aux pertes d'objet que nous venons d'étudier, qui concernent soit :

- une rupture relationnelle avec une personne
- la perte d'un rôle social
- la perte d'une occupation narcissiquement satisfaisante pour le sujet.
- la perte d'une fonction indispensable aux relations précédentes.

Nous pensons devoir ajouter la perte d'un environnement significatif pour le sujet : tel le changement de domicile et l'émigration.

En effet, l'environnement est porteur de signification symbolique. Il

peut représenter un objet partiel, ou un objet transitionnel selon le terme que WINNICOT applique aux relations objectales de l'enfant avec un objet représentant la mère;

De toute façon, l'environnement extérieur du sujet, est en quelque sorte représentatif des limites spatiales du moi, sert de repère spatial aux étapes de maturation de ce moi. La maison est un prolongement du corps.

J. DEHU (1968) rapporte une intéressante observation qui à notre avis est très significative à ce propos : - celle d'une agitation hystérique avec menace de suicide lors de l'annonce d'un déménagement. Cette réaction est rapportée au fait que la fille de cette femme est morte à 15 ans, aussitôt après avoir "quitté la maison" pour être placée dans une institution.

Ainsi il nous apparaît clairement le rôle symbolique de la maison : déménager signifie perdre à nouveau sa fille. Ici de plus les symtômes hystériques montrent que cette maison est un prolongement du corps propre du sujet. Il y a donc un double processus d'identification de la fille à la mère, de la mère à la maison symbolique.

L'importance de cet environnement est rendu évidente par la pathologie qui s'y réfère, en particulier la pathologie du transplanté à laquelle est rattachée la nostalgie, dans son sens le plus courant.
Dans ce domaine, il est bien connu actuellement que le vieillard est particulièrement sensible à tout changement de domicile. VEREECKEN (1964) rapporte des cas de "dépression du déménagement" qu'il rapproche d'une situation de blessure narcissique et de deuil.

H. REBOUL (1966) définit le logis du vieillard comme son musée historique. Nous connaissons le rôle pathogène des hospitalisations chez le vieillard, celui-ci est attaché à ses meubles. Maison et objets matériels sont le reflet de son existence, le support des souvenirs d'un proche disparu, et la séparation d'avec ces objets peut réactualiser un deuil.

De même l'argent représente une relation d'objet essentielle que les psychanalystes considèrent comme objet partiel relié à la phase anale de la sexualité. Molière a immortalisé un type extrême de cette relation objectale. Il est connu de tous que l'argent représente une préoccupation essentielle pour le vieillard. Mais dans ce cas les données sont faussées car les retraités dans le système économique actuel, sont souvent démunis sur ce point, l'investissement objectal devient une préoccupation vitale, ce n'est plus la libido d'objet qui est en jeu mais la libido du moi en fonction des pulsions d'auto-conservation.

VI AU TOTAL

Ces pertes objectales peuvent entraîner un deuil. Elles devront être appréciées en fonction de chaque individu, et cela avec une particulière attention à partir du climatérium.

Nous avons vu qu'un deuil pouvait ne pas s'exprimer émotionnellement et que par là même il devient pathogène, ce ne sont donc pas les larmes qui devront attirer notre attention mais le degré d'investissement de l'objet perdu et les satisfactions que le sujet en attendait. La perte de parent, d'enfant, de conjoint sera toujours appréciée en fonction d'une perte objectale. Une infirmité patente telle que paralysie, cécité sera considérée comme pouvant déclancher une dépression, un deuil à notre avis; des pertes fonctionnelles plus légères pourront avoir un retentissement psychique important que les médecins devraient être à même d'apprécier, en fonction des relations d'objet essentielles à l'individu.

FREUD nous dit que cette "relation à l'objet" est très variable en fonction de la pulsion. Nous avons montré, en effet que des substitutions peuvent compenser des pertes. Une "constellation objectale" à un âge

donné évolue au cours de la vie. Cela est évident dans l'enfance.

STENBACK (1965) étudie la fréquence d'un certain nombre de perte d'objet en fonction de l'âge dans le déclenchement d'état dépressif, chez 86 malades. Ainsi et par ordre décroissant, les pertes objectales ayant le plus d'influence déclenchante dans des états dépressifs sont

. entre 20 et 39 ans
  - perte de relation familiale
  - émigration
  - difficultés professionnelles

. entre 40 et 64 ans
  - perte de la relation familiale et du conjoint
  - perte d'emploi
  - émigration
  - difficultés financières
  - troubles organiques

. après 65 ans
  - perte de relation familiale ou amicale
  - perte d'argent
  - troubles organiques
  - problèmes de travail
  - émigration.

Les pertes à rapporter au travail et à l'émigration sont de plus en plus rares au fur et à mesure du vieillissement et n'ont pas de valeur statistiquement significative pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Rappelons pour terminer qu'il est non seulement important de connaître la "quantité" d'investissement devant une perte objectale mais que l'appréciation de la structure de la personnalité est essentielle. L'étude des relations objectales du sujet permet d'apprécier cette structure en

fonction par exemple de la clinique des relations objectales de Maurice BOUVET que nous avons rapporté au début de ce travail.

ATIONS : DEUIL-PERTE DE RELATION D'OBJET

Nous avons vu que toute perte dans une des relations principales de ces relations d'objet : conjoint - enfant - travail, peut déclencher un état de deuil. Il est évident que pour chaque individu il existe une hiérarchie des valeurs. Qu'une perte dans une de ces relations principales trouve sa compensation dans l'autre ou bien dans une de ces relations "satellites ". L'équilibre le plus satisfaisant serait que ces 3 systèmes relationnels principaux soient l'objet d'investissements équivalents permettant au sujet de passer de l'un à l'autre et d'effectuer un travail du deuil efficace à propos de chacune de ces pertes inévitables. La succession dans le temps de ces pertes, sera plus favorable, bien évidemment qu'une simultanéité.

Une question se pose : une perte dans les relations satellites est-elle capable de déclencher un état de deuil ?

Il apparaît que le deuil est d'autant plus douloureux que l'investissement est plus important. Donc dans ce cas nous pourrons admettre qu'une perte dans ces relations "satellites" peut déclencher un processus de deuil lorsque :

- cette relation satellite sera un substitut des relations principales que nous avons envisagé. Cette substitution pourra se faire soit lors d'une perte précédente, soit lorsque une relation d'objet principale sera non satisfaisante pour le sujet. La relation satellite deviendra alors compensatoire.

- soit lorsque cette relation "satellite" sera d'emblée investie autant ou plus que les relations principales que nous avons envisagé.

L'investissement d'un objet dépend des sommes de satisfactions qu'un sujet en attend. Ce qui ne veut pas dire que l'investissement dépend des satisfactions reçues. La frustration crée en quelque sorte un investissement négatif, qui peut parfois devenir positif lorsqu'il y a mise en jeu de masochisme.

Il se crée ainsi pour chaque individu un système relationnel objectal complexe dont il faut tenir compte devant chaque cas particulier.

Mais on ne fait pas un deuil chaque fois que l'on perd une relation investie.

Quelle différence y a-t-il entre un sujet qui vit la retraite comme une libération et celui qui se suicide peu de temps après l'arrêt de son activité professionnelle ?

Dans le premier cas, le travail est certainement vécu comme quelque chose d'astreignant, d'aliénant, de mutilant pour la personnalité de l'individu.

Dans le deuxième cas le travail constituait l'essentiel, la raison d'être de l'individu. Sans le travail il n'a plus de raison de vivre alors que pour le premier le travail était une entrave à la vie même.

C'est l'investissement narcissique qui est différent : dans le deuxième cas le rôle de travailleur est constitutif du moi, le narcissisme du sujet dépend de ce travail. La retraite est alors vécue comme une blessure narcissique.

Rappelons que FREUD nous montre dans "pour introduire le narcissisme" que l'amour dans le don de soi est une diminution d'investissement narcissique, que cette diminution d'investissement est compensée par l'amour venant du sujet. Un équilibre est crée, la mort vient rompre cet équilibre et crée un deuil par blessure narcissique.

Le deuil est couramment relié à la mort. Doit-on réserver le terme du deuil à ce qui fait intervenir la mort ?

Est-ce la peur de la mort, du mort qui intervient dans le déterminisme du deuil ?

Dans ce cas la mort d'un étranger devrait déclancher un deuil même partiel et passager. Or, nous savons que le plus souvent l'indifférence en tient lieu. Que devrait-on alors penser des guerres où l'on tue l'ennemi le plus souvent avec indifférence ?

FREUD nous a montré que la notion de mort était étrangère à l'inconscient persuadé de sa propre immortalité. Que les mythes de l'au-delà étaient en fait une réassurance envers notre propre mort. Que le tabou des morts et les pratiques de deuil étaient destinés à annuler la culpabilité envers le mort : expression de l'ambivalence vis-à-vis du proche parent dont on a pu souhaiter la mort inconsciemment.

La culpabilité est à rattacher aux pulsions agressives ou à un sentiment d'impuissance : "ai-je bien fait tout ce qu'il fallait faire pour éviter cette mort ?". L'angoisse liée à la mort dépend d'une prise de conscience de notre propre sort inévitable, l'angoisse de la mort se surajoute au deuil mais n'en n'est pas constitutive. C'est la séparation sans retour possible, la frustration à la fois libidinale et narcissique qui est constitutive du deuil.

Il en est de même pour la retraite par exemple : ce qui nous effraie c'est la prise de conscience d'une incapacité, c'est la séparation d'une fonction constitutive de notre propre Moi sans espoir de retour, qui peut déclencher des dépressions à relier à un processus de deuil.

L'ambivalence y est présente : qui n'a jamais pester contre les difficultés professionnelles qu'il rencontrait ? en disant : "vivement la retraite !" Ce souhait réalisé, nous nous le reprochons, nous nous reprochons de ne pas avoir fait tout ce qu'il fallait faire, tout ce que l'on aurait pu faire, nous nous dévalorisons. La blessure narcissique est ouverte.

Cette prise de conscience est déjà un renforcement de l'indentification et un reflux des intérêts libidinaux sublimés dans le Moi.

Jamais un ingénieur n'est aussi conscient qu'il "est ingénieur" que lorsqu'il prend conscience de l'arrêt définitif de son activité professionnelle, jamais il n'a été aussi conscient des satisfactions qu'il tirait de sa profession et de l'identification à ce rôle. Cette identification, émanation de l'idéal du Moi, est constitutive du Moi. La retraite est une mutilation de ce Moi. Dès lors se crée une relation en nostalgie avec quête de souvenirs, d'objets, d'amis rappelant la profession. Cette nostalgie teintée de dépression peut être indéfinie et stérile. Seule la mise en jeu d'un travail du deuil peut permettre au sujet de sortir de cette situation.

Au total nous devons donc admettre en suivant FREUD que le deuil n'est pas seulement une réaction à la mort d'une personne chère. Une perte dans le système relationnel conjoint-enfant-travail induit un mécanisme de deuil. Une perte dans les relations "satellites" que nous avons défini sera suivi d'un deuil s'il existe un investissement narcissique équivalent au système précédent.

E TRAVAIL DU DEUIL DANS L'INVOLUTION.

Après avoir montré que la sénescence pouvait être considérée comme une succession de situations de deuil auxquelles l'individu doit faire face, il nous faut envisager comment les différents processus du "travail du deuil" se comportent dans la dernière phase de la vie. Nous n'avons trouvé aucun travail dans la littérature ayant trait à ce sujet, en dehors de l'article de STERN, PRADOS que nous rapporterons plus loin. Il s'agit donc de réflexions personnelles, de suppositions que l'on doit considérer avec une certaine réserve. Ce que nous avançons devra passer par des vérifications cliniques avant d'être accepté, c'est dans ce sens que nous formulerons des hypothèses de travail à la fin de cette étude.

Nous avons vu que le travail du deuil était sous-tendu par certaines activités du Moi :

- reconnaissance de la nécessité

- mise en jeu d'une pulsion de maîtrise avec recours aux sublimations

- identification narcissique secondaire et identification aux autres par fusion de l'idéal du Moi.

I - La reconnaissance de la nécessité dans la sénescence

Cette reconnaissance est prise de conscience de la réalité de la perte d'une part, reconnaissance "des sommes de satisfactions narcissiques restées en vie" (FREUD) abandon du désespoir en vue de l'espérance.

Or, très fréquemment le vieillard, lorsqu'il regarde l'avenir ne voit que l'aggravation d'une décrépitude et la mort. Le passé, par contre est enjolivé par sélection de souvenirs. Dans ce cas qu'est-ce qui peut décider ce vieillard à mettre en jeu un processus de deuil ?

- ou bien il refuse la réalité en bloc et s'engage dans un processus de régression psychotique.

- ou bien il accepte la réalité de la perte mais incomplètement en refusant une séparation totale, il s'installe dans une relation nostalgique à l'objet.

Il est alors fixé dans une position stérile, teintée d'affects dépressifs, sans dépression vraie. Les souvenirs lui permettent de recréer la relation dans l'imaginaire et de se maintenir tant bien que mal dans "l'attente sans but" propre à la relation nostalgique de même que la solitude et l'ennui (A. GRREN)

Dans la nostalgie, le sujet se tient séparé de l'objet et ainsi en accepte la perte, il en résulte une quête indéfinie de souvenirs.

"La relation nostalgique est recherchée pour elle-même, son objet même est maintenu à l'abri de toute incarnation et de toute perte" (D. GEACHCAN).

Celà semble parfaitement convenir aux descriptions de la personnalité du vieillard, fixé dans le passé, refusant adaptation et nouveautés.

Cela permet-il d'expliquer l'amnésie de fixation avec conservation de la mémoire d'évocation ? cette relation nostalgique est à rapporter au deuil.

II - La pulsion de maîtrise et la mise en jeu de sublimations

Cette pulsion est à rapporter à la force du moi. Nous avons vu qu'elle était une résultante narcissique secondaire par intégration du narcissique primaire de fusion toute puissante avec les parents. Qu'elle était sexualisée puis desexualisée secondairement à la faveur des identifications secondaires oedipiennes. Elle dépend étroitement de la maturation de la personnalité et permet la réalisation de de soi dans la réalisation de désir et de sublimation.

Si les identifications oedipiennes n'ont pas réussies, la maitrîse peut être restée la propriété des parents puis des substituts parentaux : le conjoint et "l'Autre". C'est ce qui pourrait correspondre au caractère dépendant - abandonnique. Ces individus seront évidemment désarmés face à un deuil, c'est un substitut parental qui pourra permettre au sujet de s'en sortir.

Il a été dit que l'involution s'accompagne d'une diminution de la force du moi. Or cette force est d'un point de vue dynamique, relative : Hélène DEUTSCH nous a montré qu'un moi pouvait être incapable de faire face à une situation lorsqu'il a effectué un travail important auparavant. L'énergie dont il disposait s'est épuisée. Or la vieillesse doit faire face à une répétition de "travail du deuil". FREUD nous a montré que le moi reconstituait son énergie par l'apport de satisfactions narcissiques. Quels sont ces apports dans la sénescence dans notre société actuelle ?...

Il n'en n'a pas toujours été ainsi, dans certaines sociétés patriarcales le vieillard était investi du rôle de sage. Plus l'âge était grand plus l'expérience était grande.

Actuellement la hiérarchie des valeurs classe en premier lieu l'utilisation et la maitrise de la production industrielle qui est en perpétuel renouvellement, on n'a que faire de l'expérience des "ancêtres". Le vieillard est dévalorisé dans le rôle qui lui est le plus adapté.

Nous voyons donc que la succession de deuils peut épuiser le moi qui entre dans sénescence et qui, dans le contexte social et économique actuel, est incapable de reconstituer ses propres forces.

La revalorisation de ce moi est uniquement dépendante de ses propres ressources internes. S'il dispose de facultés de sublimation importantes il pourra obtenir la valorisation narcissique adéquate.. Là est la différence qui peut exister entre un Picasso, un Charlie Charplin, un Maurice Chevalier et les vieillards qui décompensent progressivement.

Nous reviendrons sur le rôle thérapeutique de "l'Autre" dans de tels cas.

III - Deuil et processus d'identification

D. GEACHCAN nous montre que le deuil s'effectue lorsque des identifications narcissiques sont possibles. Nous avons montré que ces identifications narcissiques étaient des identifications aboutissant à l'intégration de l'objet dans l'idéal du moi sous l'influence de la pulsion d'emprise.

Encore faut-il que l'idéal du moi du sujet corresponde aux caractéristiques de l'objet même idéalisé. Or cet idéal du moi se constitue par introjection des objets parentaux. Ces objets parentaux dépendent du contexte social et culturel du moment, l'idéal du moi en sera imprégné .
or nous avons vu que ce contexte est dévalorisant pour le vieillard. L'idéalisation de l'objet se fera dans un sens qui deviendra dévalorisation pour le moi lui-même. La pulsion d'emprise est désinvestie.

Ainsi dans une société patriarcale, où un homme doit cesser son travail, ce travail il pourra l'abandonner plus facilement, l'idéaliser et s'identifier à ce rôle. Cet idéal partiel, il pourra y tendre dans la transmission de son expérience, de ce qu'il aurait voulu faire, de qu'il n'a pas pu faire. Cet idéal est "utilisable par le moi". A l'inverse, dans la société actuelle, ce processus est exceptionnel, l'identification au rôle ne peut être utilisable car cette

identité au travail est dépassé, ou si elle ne l'est pas, les plus jeunes font comme si elle l'était.

La dévalorisation collective du vieillard fait qu'il ne peut réussir à des identifications secondaires. Il utilise alors l'identification primaire régressive, l'objet est introjecté dans le moi, il peut alors être jugé par le surmoi : le vieillard sombre dans la dépression.

Mais la dépression sous-entend douleur. Or, Hélène DEUTSCH nous a montré qu'il pourvait y avoir refus de la douleur dans un mécanisme de rejet des affects. Nous sommes alors dans un tableau de démence, où l'indifférence est un signe clinique essentiel, et nous savons qu'il existe bien des "fausses démences" dans la mesure où elles sont réversibles par un traitement adéquat.

A côté de ces identifications narcissiques secondaires, D. GEACHCAN nous a montré qu'il existait des identifications hystériques, où le corps de l'individu devient le représentant de l'objet, la relation se poursuit par des décharges pulsionnelles transformées en symptômes. Or, nous connaissons bien l'importance des troubles fonctionnels du vieillard.

Il est à noter qu'à côté de ce processus purement psychogène, la survenue de maladies organiques entraîne un surinvestissement narcissique de la partie du corps lésé. On pourrait peut-être imaginé que ce surinvestissement narcissique oriente les identifications du deuil dans un sens d'identification hystérique. Le corps propre du sujet devient un pôle d'attraction.

Hystérie n'est pas prise ici au sens classique du terme de névrose hystérique. Où l'identification est centrée sur une partie motrice ou sensitive du corps, où le symptôme empreinte une fonction motrice ou sensitive de l'individu. Mais faute d'une autre terminologie ce processus d'identification au corps propre, nous l'appliquons à : l'hypochondrie, dont la réalité est d'ailleurs contestée dans sa forme dépressive ou névrotique, aux troubles dits fonctionnels ou dystonie neuro-végétative et encore aux affections psycho-somatiques. Cela

veut dire que l'organe ou la région corporelle ou l'appareil intéressé par le trouble, devient un substitut objectal pour la pulsion déviée de son but.

Peut être le terme d'identification somatique conviendrait mieux mais il risque de prêter à confusion avec l'identité corporelle reliée à la perception du schéma corporel.

FREUD rapproche cette "identification hystérique" de l'identification par coïncidence des idéaux du moi propres à la psychologie de la foule. Nous avons vu que ce processus était bénéfique dans le deuil par la revalorisation narcissique qu'il pouvait apporter. Il s'agit d'un processus transitoire, sinon il devient négation de l'identité, il peut être facteur d'aliénation dans ce sens. Ce processus ne peut remplacer l'identification narcissique secondaire, car il est négation, oubli volontaire de l'objet, mais l'aspect relationnel avec l'objet reste inchangé dans le monde intérieur du sujet, il y a conservation de l'objet internalisé.

Identification est recherche d'identité. Cette identité au mort peut aller jusqu'à une identification dans la mort, acceptation de la maladie, "antichambre de la mort". Ainsi peuvent s'expliquer des suicides du vieillard, qui nous surprennent car ils ne sont pas toujours précédés d'un syndrome dépressif patent. L'identification peut se faire dans les symptômes de la maladie ayant précédés la mort de l'être cher. Cette identification nous donne à réfléchir sur le vécu de la mort chez le vieillard.

IV - L'angoisse de la mort

Plus l'âge est grand, plus la mort est proche. Alors que dans la jeunesse et à l'âge adulte elle est niée, chez le vieillard au contraire la disparition des amis de même âge est un rappel que la même fin doit se produire pour soi.

Hélène REBOUL (1970) s'est attachée plus spécifiquement à l'étude de cette angoisse de la mort chez le sujet âgé, par des entretiens non directifs

portant sur la mort. Elle montre que certains vieillards abordent d'eux-mêmes la question, pour d'autres c'est en parlant de la mort des autres, du culte des morts, qu'ils peuvent traduire leurs angoisses.

"La seule expérience de la mort qu'il soit possible à l'homme de faire, passe par la mort des autres".

Pour le vieillard : "quitter sa maison" équivaut à quitter la vie : "je n'en sortirai que les pieds devant". La vie est action "sortir de temps en temps" "faire son ménage pour ne pas s'ankyloser""faire attention, se soigner" c'est-à-dire "se cramponner à la vie", "mieux vaut mourir quand on ne peut plus rien faire", ne plus rien faire constitue une préfiguration de la mort, image insupportable.

"Le destin est associé à la mort". "De même que la nuit dans une analogie entre le sommeil nocturne et le sommeil définitif". Le froid de l'hiver rappelle le froid de la mort","le refus de la mort se traduit par le refus de mourir seul" car la présence d'autrui est une aide qui peut sauver de la mort. C'est la peur de la solitude devant le danger vital qui est une des motivations principales pour le placement dans des maisons de retraite ou des hospices.

Mais "l'assurance d'avoir une présence salvatrice est la certitude que la mort est proche". Elle est déjà une acceptation de la mort et une démission. Le vieillard s'en remet aux autres pour la lutte pour la vie. Toutes les statistiques montrent que les décès sont très fréquents dans la première année de placement.

Pour les couples, "il semble que la présence de l'autre rende la pensée de la mort sacrilège". "En fait l'angoisse se situe davantage dans l'appréhension de la séparation due à la mort mais n'atteint pas l'angoisse existentielle comme pour les personnes solitaires".

"Le couple symbolise toujours la vie"

Hélène REBOUL conclut :

"On constate alors cette situation paradoxale : par peur de mourir avant "son temps", le vieillard renonce à ce qui a signification de vie

pour lui (existence libre, indépendante, autonome et responsable) pour se livrer à une collectivité (maison de retraite par exemple) qui lui assurera des conditions de sécurité lui paraissant suffisantes.

Ainsi cette décision relève déjà de l'acceptation de la mort, alors que l'angoisse du vieillard vivant chez lui signifiait attachement à la vie".

Nous ajouterons que l'angoisse, comme le deuil, constitue un signal de danger. En cela ils sont positifs, dans la mesure où le moi peut disposer de la pulsion de maîtrise qu'il applique à la situation.

Nous dirons que l'évitement de l'angoisse, comme l'évitement du deuil est pathogène. Rappelons que si l'on admet le deuil chez l'enfant, par perte d'anciennes relations objectales, le deuil est alors à considérer comme facteur de progression dans la mesure où il oblige à des investissements nouveaux, à des processus de sublimation.

Nous rapporterons les paroles d'un de nos maîtres : G. BENOIT qui devant la psychose infantile met en avant un principe thérapeutique : "la variation continue des environnements exigeants". Cette variation crée l'angoisse, rompt les stéréotypies. Avec l'aide d'une institution adaptée et sur laquelle l'enfant peut s'appuyer, . l'angoisse est mobilisée. . . crée la progression au lieu de la régression lorsque le psychotique est livré à lui-même.

Pouvons-nous évoquer dans ce cas la stimulation des vestiges de la pulsion de maîtrise ?

En conclusion de ces considérations générales

L'ensemble des facteurs que nous venons d'étudier sont interdépendants.

Il est évident par exemple, qu'une faiblesse du moi, qu'elle soit constitutionnelle ou fonctionnelle, à un moment donné, si elle peut empêcher la mise en jeu de pulsions de maîtrise, peut également entraîner un refus du deuil ou des troubles de l'identification.

Mais chacun de ces mécanismes fondamentaux peut être perturbé et créer une pathologie plus spécifique qu'il sera intéressant d'envisager pour une thérapeutique également plus spécifique.

Devant un deuil, c'est une personnalité donnée qui est remise en question. C'est l'individu avec son degré de maturation, ses relations objectales, ses identifications, qui doit orienter notre investigation. Il ne suffit pas de dire qu'il s'agit d'une réaction pathologique du deuil et de soigner le deuil en temps que tel. Il faut comprendre en quoi ce deuil est devenu pathogène et cette attitude sera déjà thérapeutique.

Voici donc exposée non pas une hypothèse quand aux caractéristiques du deuil dans l'involution, mais une certaine somme de réflexions qui seront la base de travaux d'investigations cliniques ultérieures et qui seront peut être entièrement remises en question. Nous les proposons néanmoins face au silence de la littérature sur ce sujet.

TICLE DE K. STERN - G. M. WILLIAMS - M. PRADOS :

"Réactions de deuil dans la vieillesse " (1951) est considéré par SIGGINS (1966) dans "Deuil : survol critique de la littérature" comme le seul article existant sur ce sujet.

Les autres travaux que nous avons pu trouver ne traitent qu'indirectement du deuil, les plus nombreux étant ceux concernant le vécu de la

mort chez le vieillard. Nous avons montré que l'angoisse de la mort se surajoute au deuil mais n'en est pas constitutive. D'autres travaux portent sur la retraite, la ménopause; la notion de pertes y est le plus souvent mentionnée mais elles ne sont pas ramenées au deuil. Nous avons rapporté ces travaux au cours de cette étude, inversement d'autres auteurs dans les travaux sur l'évolution mentionnent le deuil, mais comme facteur déclanchant aspécifique de certaines affections du grand âge, tel J. POSTEL et coll dans une étude sur les défaillances psychiques du vieillard qui considèrent le deuil comme un traumatisme.

K.STERN, G.M. WILLIAM, M. PRADOS n'envisagent que le cas du deuil par décès d'une personne chère. Cette étude porte sur 25 sujets dont 24 femmes, venus consulter dans un "centre d'assistance aux vieillards" et soumis à des entretiens non directifs.

Ces auteurs observent que :

- il y a "disette" de manifestations normales de deuil ou de sentiment de culpabilité consciente,
- il y a prépondérance d'affections somatisées
- l'image du mort est déformée, idéalisée.
- par contraste, il existe une hostilité irraisonnée envers les personnes vivantes de l'entourage, souvent accompagnée d'isolement social.

Ils nous rapportent des observations particulièrement parlantes à ce sujet et où les correspondances de dates, de déroulement des manifestations, permettent de faire un rapport évident avec le deuil. Résumer ces observations serait leur faire perdre une grande partie de leur signification, nous renvoyons donc à la lecture de cet article primordial.

Leurs discussions se réfèrent aux données psychanalytiques et particulièrement à l'article d'Hélène DEUTSCH.

Ils nous montrent que les troubles observées chez le vieillard peuvent être ramenés à un affaiblissement du moi et à un refus de la douleur qui s'exprime par le biais des somatisations; que ces somatisations sont l'ex-

pression d'identification au mort.

L'idéalisation est une défense mise en jeu à travers les processus d'identification en vue d'une protection narcissique du sujet, et d'une protection contre l'ambivalence. Les pulsions agressives adressées au mort sont projetées sur l'entourage.

Ces auteurs soulèvent le problème de l'aspect psychogène de certaines démences.

F. EN CONCLUSION

Nous remarquerons l'importance que donnent à l'idéalisation STERN et coll. Nous avons mentionné ce processus à plusieurs reprises dans le déroulement de ce travail. Il est d'après nous étroitement dépendant des processus d'identification avec intégration de l'objet au niveau de l'idéal du moi. Mal juger le mort serait se mal juger soi-même.

Nous pensons comme ces auteurs que l'affaiblissement du moi est une des raisons essentielles à cette déviation pathologique du deuil chez le vieillard. Mais nous tenons à rappeler que ce moi dispose d'une force relative. D'après Hélène DEUTSCH un moi peut être momentanément affaibli par un travail important. Or nous avons montré que l'involution était à placer sous le signe d'une répétition de situation de deuil. Donc il est indispensable de tenir compte de cet affaiblissement fonctionnel du moi dans la sénescence.

La comparaison de l'ouvrage de CIOMPI et LAI avec le travail de STERN et Coll. montre des correspondances frappantes. Tous deux montrent que la pathologie observée chez les anciens dépressifs ou chez les endeuillés âgés est similaire, faite de

- somatisation
- revendication - opposition à l'entourage en ce qui concerne

les "états résiduels" définis par CIOMPI et LAI.

Cette correspondance est troublante, surtout si l'on se refère à la pathologie du deuil que nous avons mentionné.

PARKES (1964) emporte pour nous les derniers doutes à ce sujet. Nous avons rapporté son étude sur la fréquence des consultations chez des médecins généralistes de veuves ayant perdu leurs maris dans les six derniers mois. Il nous montre que pour les consultations à propos de troubles somatiques, l'accroissement des demandes chez des veuves de plus de 65 ans n'a aucune valeur statistiquement significative. Donc cette expression somatique des troubles est beaucoup plus dépendante du deuil que de l'âge.

Nous pensons qu'il n'y a rien d'étonnant à cela puisque le deuil est à considérer comme une blessure narcissique et que le corps est un support essentiel de ce narcissisme.

Ainsi donc il est capital d'envisager des études de l'involution en fonction du deuil.

Le vieillard répond constamment à des situations de deuil non résolues jusqu'à ce qu'il en arrive à "faire son deuil" de la vie même. La voie vers la démence est alors ouverte.

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

ONSIDERATIONS GENERALES. -

Nos conclusions sur le travail du deuil montrent qu'il s'agit d'un rocessus actif du Moi. Les points essentiels de ce travail du deuil sont :

- la reconnaissance de la nécessité
- la mise en jeu d'une pulsion de maîtrise
- la mise en jeu de processus d'identification, que nous allons examiner uccessivement.

A - Reconnaissance de la nécessité.

Cette reconnaissance est acceptation de la perte, acceptation de la ouleur.

Hélène DEUTSCH nous a montré que le refus de la douleur était toujours athogène, qu'il peut aller jusqu'au refus de la réalité engendrant ainsi une régression sychotique. De toutes façons "la douleur non exprimée doit s'extérioriser d'une manière u d'une autre".

"Bénit soit celui qui pleure car il sera consolé".

Devant un refus de douleur le médecin devra faire pleurer. Cette propo-tion pourrait surprendre mais nous pensons qu'elle est essentielle. En effet, tout ideuillé qui contient son émotion, met en jeu un rejet des affects. Il y a "isolation", ous savons qu'il s'agit d'un mécanisme de défense du moi auquel Maurice BOUVET ccorde beaucoup d'importance : "qui consiste à détacher les connexions affectives des nnexions idéiques, qui permet au sujet de conserver un rapport logique avec la réalité". nous a montré que cette isolation crée "la relation à distance caractéristique de la vrose, distance entre le fantasme et la réalité. Il en résulte une "sensation de vide".

Cette isolation lorsqu'elle est utilisée de façon intensive, est pathogène. es médecins, qui par leur attitude, semblent gratifier le malade pour son auto-contrôle t mettent dans une position qui peut être iatrogène, en renforçant ce mécanisme de

défense qui empêche la mise en jeu d'un "travail du deuil" efficace.

En tenant compte de certaines réserves que nous exposerons ensuite, il est nécessaire, si l'on veut aider au bon déroulement du travail du deuil, de placer le malade devant la réalité de sa perte, de lui faire prendre conscience de ce qu'il a perdu.

Le plus souvent, il suffit de laisser parler spontanément. Sinon il est nécessaire d'orienter l'entretien dans le sens d'une évocation des bons souvenirs ; ce qui a l'avantage en plus de permettre l'idéalisation de l'objet, nous savons qu'il s'agit là d'un processus utilisé par le travail du deuil.

Cette évocation déclanchera en règle les pleurs, le médecin peut devenir ainsi un "mur des lamentations". Personne ne contestera l'importance thérapeutique de ce "mur des lamentations" dans la religion juive. Le médecin est porteur pour le patient, de significations symboliques comparables. Cette position qui peut paraître péjorative, est thérapeutique en elle-même. Or le médecin, s'il le veut, peut répondre à la demande du malade, quoique l'intervention dans ce domaine puisse être délicate, nous en reparlerons.

La douleur de l'autre, la mort de l'autre engendre une situation transférencielle difficile à supporter pour le malade et son médecin. Or le médecin n'est pas formé à cette tâche.

G. PASCALIS (1967) envisage cette formation psychologique du médecin.

Les larmes, lorsqu'elles sont fonction d'une réalité consciente ne sont pas pathologiques. Elles le deviennent s'il y a projection sur cette réalité ou négation de cette réalité. Larmes ne signifient pas dépression.

Une autre attitude iatrogène du médecin nous est venu à l'esprit lors de cette étude sur le deuil : la prescription de tranquilisants et d'antidépresseurs, lorsque le malade présente des affects dépressifs. Dans le cas

du deuil en particulier, nous nous demandons si le fait de prescrire des thymoanaleptiques pendant la phase où le Moi s'occupe à se défendre de la douleur par le "travail du deuil", ne risque pas d'interrompre celui-ci et de créer en cela une situation qui risque de devenir pathogène.

Nous ne connaissons pas encore le mode d'action précis de ces produits. La suppression d'une angoisse ou de la douleur peut être dangereux car le Moi reste passif. La situation conflictuelle ou douloureuse ne sera pas résolue.

L'abstention dans la présence est, dans bien des cas, une attitude positive, abstention s'entend dans le sens : abstention à agir. Les obstétriciens connaissent bien cette attitude qui fait partie de nombreux schémas de conduite. Le psychiatre ne dispose pas de telles règles bien définies dans une conduite thérapeutique mais il doit s'en imprégner.

B - La pulsion de maîtrise.

Dans le fait d'aider un malade à prendre conscience de la réalité de la perte, il y a néanmoins un risque. Le travail du deuil sous-entend la maîtrise de la situation. Cette maîtrise dépend de la force du moi, parfois très difficile à apprécier. Le refus du deuil peut être l'expression d'une faiblesse du moi. Si on oblige le malade à se trouver en présence d'une situation qu'il ne pourra de toutes façons pas maîtriser, il y a risque de décompensation psychotique. "Si ce mécanisme de défense du moi (l'isolation) disparaît, la projection et les fantasmes prennent le dessus, la relation est déformée" (Maurice BOUVET). Mieux vaut parfois une relation en nostalgie à l'objet, qu'une mélancolie ou une psychose délirante.

Dans le deuil on se rendra compte de cette faiblesse du moi si le sujet ne peut évoquer l'objet perdu par exemple. Il y a résistance. Il est important d'apprécier le degré de ces résistances du malade. Si elles

sont importantes c'est qu'elles ont une raison d'être. Forcer ces résistances, en voulant à tout prix faire parler le malade de ses bons objets perdus, comporte un risque, celui de l'effondrement du moi.

Ainsi nous voyons donc que la définition de la règle de conduite en face d'un endeuillé est impossible. Il s'agit d'un problème d'individu. Il faudra comprendre la demande du malade, comprendre pourquoi il réagit d'une façon et non d'une autre. Cet effort de compréhension crée chez le médecin une attitude qui est thérapeutique en elle-même. Cette compréhension, il ne devra pas s'empresser d'en faire part au malade. L'action thérapeutique, si action il y a (dans le cas du deuil normal, elle ne sera pas nécessaire) devra être nuancée et tenir compte du degré de maturation de la personnalité.

Il est évident que dans une mélancolie après deuil, un traitement actif sera indispensable. Les cas les plus délicats seront :

- ceux où le travail du deuil traîne en longueur,
- les "dépressions sans contenu" qui se répètent à intervalles plus ou moins réguliers,
- les "réactions pathogènes" du deuil que nous avons étudié, qui peuvent être trop intenses.

Dans ces cas à la limite du normal et du pathologique, l'attitude thérapeutique sera difficile. Une connaissance approfondie de la biographie, de la "constellation objectale" du malade pourra permettre d'utiliser des investissements positifs réparateurs tels que des sublimations.

C - Les identifications.

Il peut être relativement aisé de connaître certaines identifications du malade à travers sa biographie, de connaître sa faculté d'identification à des objets nouveaux. Cette connaissance peut permettre d'utiliser une voie thérapeutique intéressante.

Ces identifications comportent un risque, celui de l'identification du malade à son médecin, celui de la création d'une relation d'objet substitutive à celle qui est perdue sur la personne du médecin, celui d'un transfert dont le médecin ne saura que faire.

Le deuil comporte, du fait même de la mise en jeu de ces processus d'identifications, le risque et l'avantage de voir se créer ce transfert. Dans le cadre des traitements psychanalytiques, cette caractéristique sera essentielle ; il en est rarement question chez le vieillard. En dehors de cela il faudra se garder de se laisser investir du rôle de l'objet disparu et de recréer un deuil nouveau par contre-transfert et abandon de la prise en charge. Là encore, la conduite thérapeutique doit osciller entre ces deux tendances. Elle peut être particulièrement délicate.

Ainsi par ces considérations générales, nous espérons avoir mis en valeur que le deuil peut être une étape de remise en question de la personnalité d'un sujet. Cette remise en question est bénéfique dans certains cas (nous pensons par exemple à la situation de deuil de la relation parents-enfants lors du mariage), pathogène dans d'autres cas et nous avons montré que le risque est particulièrement grand dans l'involution.

C'est dans ce cas qu'il est nécessaire, à notre avis, de prévoir une thérapeutique préventive. Si dans le cas du mariage, le fait d'abandonner une relation dans la tristesse est compensée par l'espérance attendue d'une autre relation, le travail du deuil se trouve ainsi dans une situation privilégiée ; dans le cadre de l'involution, l'espérance se réduit le plus souvent à peu de choses. Un moi préparé à subir un deuil inéluctable sera beaucoup plus armé.

II - THERAPEUTIQUE PREVENTIVE DU DEUIL. -

Nous savons que la brutalité de survenue d'un évènement est un facteur péjoratif. Il peut se produire des réactions de catastrophe avec décompensation brutale. Par exemple, un sujet peut prendre conscience de la réalité logique de la retraite longtemps avant sa survenue. L'isolation lui permet, un mois avant la date fatifique de vivre "comme si" cette retraite était lointaine. Ce n'est que la perte effective du rôle qui lui en fait prendre conscience d'un point de vue affectif.

Actuellement il est parfaitement admis l'importance que peut prendre la préparation au mariage, la préparation à l'accouchement par des méthodes psycho-prophylactiques. La préparation à la retraite est une préoccupation d'actualité, car on s'est rendu compte dans de nombreux cas que la retraite est pathogène. Mais elle n'est pas la seule situation de deuil dans l'involution, comme nous l'avons vu. Cette préparation doit se replacer dans un cadre plus général, dans le cadre de la préparation à l'involution.

Dans cette préparation, il sera indispensable de faire prendre conscience au sujet qu'il va subir des pertes. On s'efforcera d'obtenir une compensation de ces pertes avant leurs survenues : soit en surinvestissant une relation qui persistera, soit en créant des sublimations qui permettront de compenser ces pertes, par mise en jeu de pulsions de maîtrise. La constitution de groupes tend à faciliter le mécanisme d'identification à des objets nouveaux qui pourront être utilisés lors de survenue de situations de deuil.

Il serait intéressant de constituer des groupes dans des Institutions existantes pour personnes âgées à des fins de recherches d'une part, à des fins thérapeutiques d'autre part.

Nombre d'auteurs soutiennent que le moi est avant tout un moi corporel. Le vieillard vit sa vieillesse dans son corps. Le deuil est blessure

narcissique, le corps est un support privilégié du narcissisme. Nous avons vu que dans le grand âge, la pathologie du deuil s'oriente vers des processus de somatisation.

Dans les psychoses infantiles (FREUD considérait les psychoses comme des névroses narcissiques) la voie d'abord privilégiée est l'expression corporelle bien plus que l'utilisation du verbe.

Une recherche dans le mode d'application de techniques d'expression corporelle adaptées à l'involution nous paraît être une direction fructueuse. Toute prévention devrait pouvoir s'appliquer au sujet dès la période du climaterium.

III - TRAITEMENT DU DEUIL CONSTITUE DANS L'INVOLUTION. -

1°) La chimiothérapie

- Nous avons soulevé le risque encore inconnu qu'il pourrait y avoir à traiter la douleur morale lorsqu'elle est normale, dans le deuil.

- Dans le cas d'une pathologie du deuil reconnue, s'accompagnant de dépression, les thymoanaleptiques seront d'un grand secours.

- Dans chacune des affections citées comme pouvant survenir après un deuil, tranquilisants, thymoanaleptiques et neuroleptiques seront employés de façon spécifique.

Il faut connaître les risques à employer certains produits chez le vieillard. L'IMIPRAMINE, la LEVOMEPRONAZINE comportent en particulier un risque cardiovasculaire important.

2°) La sismothérapie

Son indication est très discutée. N. BOURGEOIS, A. HEBERT et J. MAISONDIEU, rapportent des cas de "dépressions séniles pseudo-démentielles, convulsivo-curables" (1970). Nous avons signalé ces pseudo-démences dans l'évolution possible d'un deuil.

3°) Psychothérapie

- La Psychothérapie individuelle

Nous en avons décrit les conditions générales en fonction du deuil. Les entretiens répétés dans le sens d'une évocation des souvenirs liés à l'objet disparu, dans le sens d'un souci de compréhension, sont psychothérapiques. A notre avis, il faudrait se garder de se laisser aller dans le rôle de substitut de l'objet qui comportera le risque d'un deuil nouveau lors de l'interruption des entretiens.

Les techniques de rêve éveillé nous semblent adaptées :

- au deuil d'une part, en raison de leur effet cathartique
- aux sujets âgés d'autre part, qui constituent une de leurs indications préférentielles.

Les personnalités à structure psychotique en sont une contre indication.

Dans le cas du deuil, on pourra se dispenser des interprétations.

- La Psychothérapie de groupe

nous semble particulièrement adaptée au deuil.

- par les possibilités d'identification, par coïncidence de l'idéal du Moi qu'elle comporte. Nous avons vu que ce type d'identification facilitait la revalorisation narcissique.

- par la possibilité de mettre en jeu des processus de sublimation qui produisent des phénomènes de "gratification narcissique" à l'intérieur même du groupe.

Ainsi l'on peut mettre en jeu indirectement des processus de travail du deuil réparateurs. A l'intérieur du groupe se crée des relations mobiles, qui n'ont pas la fixité de la relation individuelle avec le risque que celle-ci comporte. Cette dilution de transfert est un réapprentissage des relations sociales.

Dans le cas de personnalité dont la pulsion de maîtrise reste la propriété de parents ou d'un substitut parental, le sujet pourra trouver des substituts parentaux momentanés (un meneur par exemple) à l'intérieur du groupe, qui lui permettront, par personne interposée, d'effectuer un travail du deuil satisfaisant.

Nous pensons que les entretiens individuels restent néanmoins indispensables au début d'un deuil pathologique, car dans cette période, la psychothérapie de groupe présente un risque : très fréquemment au début du deuil, le sujet rejète la présence de "l'Autre" et présente une inhibition normale. Si nous l'obligeons à supporter cette présence de l'Autre ou à sublimer, nous risquons de nous heurter à un rejet qui peut être préjudiciable à une intégration future. Le but de ces psychothérapiesdevrait avoir pour souci : la déculpabilisation de la pulsion de maîtrise et d'emprise.

K. STERN, G. M. WILLIAMS, M. PRADOS ont utilisé avec succés chez leurs patients :

- la mise en jeu de sublimation autant qu'il était possible,

- des manipulations de l'environnement : "les mécanismes d'hostilité et d'isolement doivent être interprétés avec l'entourage". Des

réunions avec cet entourage sont ainsi proposées.

- ils signalent l'intérêt que doit porter le psychiatre aux procédures médicales et chirurgicales mises en avant par le vieillard dans les nombreux cas de somatisation.

- identification au médecin et transfert sont utilisés, il s'agit d'auteurs psychanalystes.

En conclusion, qu'il s'agisse de psychothérapie individuelle ou de psychothérapie de groupe, il faut respecter le travail du deuil et son déroulement. Nous répèterons qu'il s'agit de cas individuels où la structure de la personnalité doit être prise en considération, en fonction de celà il est impossible d'appliquer des règles de conduite strictes et immuables en ne tenant compte que du deuil en temps que tel.

Insistons sur le fait que le deuil normal sous-entend une douleur qu'il faut respecter.

"Nous comptons bien qu'il (le deuil) sera surmonté après un certain laps de temps et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber". FREUD : "Deuil et mélancolie".

FORMULATION D'HYPOTHESES DE TRAVAIL

Le texte que nous venons de présenter est une étude, une tentative de compréhension d'un phénomène courant mais peu connu dans ses mécanismes. Avant d'entreprendre un travail d'élaboration à partir d'un matériel clinique, il nous était nécessaire de savoir de quoi était fait ce que nous allions rechercher. Ainsi il est indispensable d'entreprendre des études médicales pour envisager une recherche médicale; or, le deuil est encore très loin d'être au programme de ces mêmes études. PARKES le réclame dans ses articles.

Dans un premier temps, nous allons essayer de montrer que le deuil n'est pas uniquement l'affaire du psychiatre.

I - LA MEDECINE INTERNE

Est largement concernée, et cela pour plusieurs raisons :

1) Nous avons rapporté le nombre d'affections somatiques qui pouvaient survenir dans le cours du deuil normal. Si la science médicale se veut porter des traitements adaptés d'un point de vue étiologique, elle devra tenir compte du deuil. Certes il ne suffit pas d'aider au déroulement du deuil pour soigner un ulcère gastrique. La médecine psycho-somatique prend de plus en plus d'importance. Elle envisage "l'homme total" psychique et organique, elle est une voie nouvelle dont chacun est persuadé de l'importance.

2) Le traitement curatif n'est pas la seule préoccupation du médecin. Le traitement préventif est devenu, par les vaccinations, une préoccupation courante. D'un point de vue historique, cette vaccination est d'apparition récente.

Le fait de préparer un sujet à un deuil inéluctable revient à le placer dans une situation de deuil avant son apparition, les défenses sont ainsi préparées. Or la vaccination n'est-elle pas mettre l'organisme en face d'une maladie qui pourrait survenir et de préparer ainsi les défenses de cet organisme.

Le médecin est un de ceux qui se trouve le plus souvent confronté avec la mort, son attitude face à la mort est restée très longtemps une affaire personnelle dans le sens que chacun réagit émotionnellement selon son tempérament.

La recherche de conduites adaptées, en fonction des réactions émotionnelles, est une voie d'étude mise récemment en valeur. G. PASCALIS (1968) envisage ainsi la préparation psychologique du médecin.

La mort de l'un crée le deuil de l'Autre, le médecin se trouve confronté au deuil, une connaissance de ces mécanismes devrait permettre d'adopter une conduite thérapeutique adaptée pour ce futur endeuillé;

Nos considérations sur la prévention du deuil font poser la question : doit-on placer un proche devant une issue fatale prévisible ? Il nous semble que la réponse s'est trouvée implicitement formulée dans notre chapitre de thérapeutique.

3) Nous nous sommes efforcés de montrer que le deuil ne pouvait être ramené uniquement à la mort. Les infirmités, par perte de fonction, peuvent créer une perte par relation d'objet et un deuil. Devant une infirmité irréversible le sujet "doit faire son deuil" de certains aspects relationnels, il en investit d'autres. Doit-on lui faire vivre de vains espoirs ?

4) Voici donc définie une base de motivation à la recherche. Quant aux méthodes d'étude, la connaissance de signes marquant l'évolution du travail du deuil ou son blocage, serait à rechercher dans la pratique. Or les médecins généralistes sont beaucoup plus que le psychiatre en présence d'évolutions normales de deuil. Une étude statistique de ces signes serait particulièrement intéressante.

A l'inverse, des recherches sur les situations de deuil qui pourraient être à l'origine de somatisations, sont également l'affaire du généraliste.

PARKES nous a proposé une étude statistique dans ce sens, où il montre qu'il existe une augmentation très nette des demandes de consultations pour troubles organiques auprès des généralistes et cela en particulier pour les affections ostéo-articulaires.

II - LA CHIRURGIE

Est concernée dans la même mesure que la médecine générale. Elle présente toutefois une spécificité : l'intervention chirurgicale. Dans l'esprit des malades, celle-ci comporte toujours un risque de mort. L'anesthésie est vécue comme une préfiguration de la mort.

Chez un malade en situation de deuil nous avons vu qu'il pouvait exister une identification au mort, un désir de le rejoindre dans la mort. L'intervention répond donc à ce désir inconscient.

A notre sens, un deuil devient pathologique lorsque la pulsion de maîtrise est inhibée. Or, dans les suites chirurgicales chacun connaît l'importance de "la volonté de s'en sortir", cette volonté est absente en cas de deuil pathologique.

Si les processus mis en jeu dans le deuil s'orientent vers la somatisation, les défenses de l'organisme risquent d'être altérées. Il nous semble qu'un deuil pathologique risque d'être un facteur péjoratif dans l'évolution post-opératoire.

Le professeur R. STOPPA nous avait fait l'honneur de nous proposer une recherche à propos de la géronto-chirurgie où les risques de complications post-opératoires sont augmentés, parfois apparemment imprévisibles. Dans un article R. STOPPA et coll. "Propos sur la Géronto-chirurgie" (1968) remarquent que les vieillards d'hospice représentent de loin, le plus grand risque. La situation la plus favorable étant les vieillards

indépendants ayant conservés une activité personnelle ou les vieillards intégrés dans une structure familiale.

A notre sens, les vieillards de "bon pronostic" sur ce plan sont ceux qui ont réussi à élaborer un travail de deuil couronné de succès. Alors que des vieillards d'hospice, comme nous le montre H. REBOUL ont fait leur deuil de la vie même.

Des recherches statistiques seraient peut-être démonstratives, dans la recherche d'antécédents de deuil chez les vieillards décédés pendant la période post-opératoire, alors que rien ne laissait prévoir une telle évolution.

III - L'OBSTETRIQUE

L'accouchement peut créer une situation de deuil. Deuil de la relation mère-enfant intra-utérin.

L'enfant est le support d'un investissement objectal d'une part, d'un investissement narcissique d'autre part, en temps que partie du corps propre de la mère. Cet enfant, cet autre moi-même, est le centre d'une relation très particulière qui peut être comparée à l'investissement objectal du dépressif. Or, nous connaissons la fréquence de survenue des états dépressifs, des réactivations de psychose maniaco-dépressives dans le post-partum.

Le refus du deuil lors de l'accouchement est la règle car l'enfant doit naître dans la joie, qu'il soit accepté ou non. C'est une règle morale de la société qui est sensée répondre à l'instinct maternel. Les dépressions de la puerpéralité paraissent souvent paradoxales, c'est bien là le reflet de cette position sociale.

L'investissement narcissique vis-à-vis de l'enfant peut être prédominant, l'accouchement est alors vécu comme blessure narcissique, il devrait y avoir deuil exprimé. Or, nous trouvons des dépressions de type endogène ou des "dépressions sans contenu" appelées encore "dépressions vitales" dans la littérature allemande. Nous sommes là en présence d'un refus de deuil, celui-ci

est pathogène pour la mère et peut s'exprimer par les autres manifestations que nous avons mentionnées.

Mais, et c'est là une caractéristique primordiale de la relation mère-enfant : ce refus du deuil peut être pathogène pour l'enfant si la mère veut à tout prix prolonger la relation narcissique qu'elle a investie avant la naissance. Ne sommes-nous pas là devant une cause possible de psychose infantile ?

En dehors des dépressions et des névroses, la pathologie mentale de la grossesse et du post-partum individualise les psychoses puerpérales. Certes les désordres organiques dans ce cas sont importants, accentués par les bouleversements métaboliques hormonaux et neuro-végétatifs de l'accouchement. Or, le deuil est très fréquemment suivi de désordres somatiques. D'après LIDZ, des hyperthyroïdies suivent assez fréquemment un deuil. De nombreux auteurs ont montré que des hyperthyroïdies sont trouvées fréquemment dans la psychose puerpérale. Il y là une coïncidence troublante.

Les méthodes d'étude seront en obstétrique particulièrement délicates. Rechercher un deuil dans l'accouchement paraît paradoxal. Ce n'est que par une investigation indirecte, par une connaissance approfondie des mécanismes de deuil, que l'on pourra se rendre compte si une telle situation est mise en jeu.

Heureusement, le travail du deuil est, après un accouchement, réduit à sa plus simple expression car l'abandon de la relation mère-enfant intra-utérin se fait facilement en vue des espérances et des investissements placés sur la nouvelle relation avec l'enfant. Ce n'est que dans le cas d'une pathologie mentale d'ailleurs très variée qu'il serait nécessaire de poursuivre les investigations dans le sens du deuil survenant après cet accouchement. Une compréhension psychanalytiquede ces phénomènes ferait faire un grand pas à

la compréhension du deuil, et à son influence à la fois sur la mère et sur l'enfant. Des méthodes statistiques pourraient apporter confirmation ou infirmation de l'hypothèse que nous avons avancé.

IV - LE DEUIL EN PSYCHIATRIE

Ici nous ne voyons que des deuils pathologiques. Deux directions de recherche nous semblent s'imposer à la suite de ce travail :

- à propos du deuil élargi au sens de relation d'objet
- à propos des identifications suivant un deuil.

Dans le premier cas ; il serait nécessaire d'observer les réactions qui surviennent lors de la mise à la retraite par exemple, de déterminer un profil statistique des réactions pathologiques, de comparer ce profil à celui de la pathologie du deuil par décès.

Dans le deuxième cas ; ce sont des investigations psychanalytiques qui seraient nécessaires.

Elles pourraient également s'appliquer à toutes les situations de deuil que nous avons mentionné, ce qui permettrait la comparaison des mécanismes mis en jeu dans chacune d'elles, de dégager ainsi les points fondamentaux du deuil.

En dehors de ces deux directions de recherches, bien d'autres peuvent certainement être déterminées, nous en mentionnerons une. Celle de la constitution de groupes de personnes âgées placées dans des situations différentes : hospice, cadre familial, personnes seules.

- un bilan des pertes antérieures et des réactions mises en jeu permettrait une comparaison significative.
- l'élaboration de méthodes thérapeutiques préventives serait

d'un grand intérêt.

- l'étude catamnestique sur une assez longue période, permettrait de se rendre compte de l'évolution en fonction de cette thérapeutique préventive.

Nous n'avons pour le moment, envisagé le deuil que d'un point de vue théorique, les réflexions que nous avançons sont nées du rapprochement de textes d'auteurs différents ayant traité le deuil d'un point de vue différent.

Il s'agit d'une réaction normale qui, de ce fait, paraissait comprise. De nombreuses études se servent du deuil pour expliquer autre chose. Ainsi FREUD explique la mélancolie par référence du deuil, son génie lui permet d'expliquer le deuil par la même occasion.

L'angoisse est étudiée de façon approfondie, il devrait en être de même du deuil.

Notre travail s'est fixé trois objectifs :

- un essai de compréhension et de synthèse du deuil,

- en élargissant ce concept à celui de perte de relation objectale,

- en essayant de montrer l'importance que prennent dans l'involution les situations de deuil.

Nous sortions ainsi des sentiers battus, mais celà comporte le risque de se perdre. Plusieurs fois nous avons pensé à renoncer à poursuivre ce travail. Tout d'abord parce qu'il était nécessaire non seulement d'intégrer des conceptions analytiques fort complexes, mais d'utiliser ces conceptions pour exprimer un point de vue synthétique. Nous avons dû faire appel à des théories analytiques qui se veulent différentes sur certains points essentiels, dans ce sens nous seront critiqués par chacune de ces écoles.

D'autre part, l'absence de travaux sur le deuil dans l'involution, nous a fait hésiter à nous engager dans cette voie. Les travaux sur le deuil se réfèrent pour 90 % des cas au deuil par mort d'un être cher. La généralisation introduite par FREUD a été peu suivie. Seuls quelques travaux psychanalytiques vont dans ce sens mais ils se réfèrent à des situations de cure analytique. Malgré toutes ces hésitations nous avons persisté dans cette voie, ne serait-ce que pour susciter la discussion en espérant que nous ne nous heurterons pas à un rejet pur et simple.

Voici ce que nous proposons à la discussion

- <u>A propos du deuil.</u>

- Le deuil est un processus qui s'applique à toutes les relations objectales d'un sujet.

Notre travail s'est fixé trois objectifs :

- un essai de compréhension et de synthèse du deuil,

- en élargissant ce concept à celui de perte de relation objectale,

- en essayant de montrer l'importance que prennent dans l'involution les situations de deuil.

Nous sortions ainsi des sentiers battus, mais celà comporte le risque de se perdre. Plusieurs fois nous avons pensé à renoncer à poursuivre ce travail. Tout d'abord parce qu'il était nécessaire non seulement d'intégrer des conceptions analytiques fort complexes, mais d'utiliser ces conceptions pour exprimer un point de vue synthétique. Nous avons dû faire appel à des théories analytiques qui se veulent différentes sur certains points essentiels, dans ce sens nous seront critiqués par chacune de ces écoles.

D'autre part, l'absence de travaux sur le deuil dans l'involution, nous a fait hésiter à nous engager dans cette voie. Les travaux sur le deuil se réfèrent pour 90 % des cas au deuil par mort d'un être cher. La généralisation introduite par FREUD a été peu suivie. Seuls quelques travaux psychanalytiques vont dans ce sens mais ils se réfèrent à des situations de cure analytique. Malgré toutes ces hésitations nous avons persisté dans cette voie, ne serait-ce que pour susciter la discussion en espérant que nous ne nous heurterons pas à un rejet pur et simple.

Voici ce que nous proposons à la discussion

- <u>A propos du deuil.</u>

- Le deuil est un processus qui s'applique à toutes les relations objectales d'un sujet.

- Le deuil est une blessure narcissique, le travail du deuil est un processus de restauration narcissique.

- Ce processus de restauration narcissique doit mettre en jeu une pulsion de maîtrise.

- La mise en jeu du travail du deuil doit passer par une reconnaissance de la nécessité, qui est un processus actif du moi.

- La blessure narcissique doit être réparée par un processus d'identification secondaire qui dépend de la pulsion d'emprise.

"L'objet se constituant en attribut du moi". (D. GEACHCAN) en idéal du moi à notre avis, par l'intermédiaire d'une idéalisation.

Des identifications sont présentes dans toutes les relations objectales. Elles seules persistent après une séparation de l'objet, elles sont renforcées dans le deuil, à des fins de restauration narcissique. S'il existe des identifications pathologiques dans la relation objectale précédant le deuil, celui-ci entraînera un renforcement de ces identifications qui pourra créer des symptômes pathologiques. D'autres types d'identification pourront apparaître.

- La pulsion de maîtrise met en jeu des processus de sublimation qui ont un double rôle :

. satisfaction substitutive de la libido objectale frustrée par la séparation de l'objet

. revalorisation narcissique par utilisation de ces sublimations auprès de "l'autre", qui permet une "confirmation narcissique" du sujet.

- Ainsi le moi se remet de sa blessure narcissique, il peut devenir le "réservoir" de la libido objectale, le sujet est alors libéré.

Très peu de travaux donnent une importance à la pulsion de maîtrise. Peut-être est-ce parce que cette notion est très discutée quant à son origine :

. autonome et aconflictuelle pour HARTMANN

. narcissique primaire, vestige de la fusion toute puissante avec la mère pour Bela GRUNDBERGER

. sadique-anale pour Mélanie KLEIN par exemple.

Nous ne prendrons pas partie dans cette discussion, mais il nous semble abusif de rejeter ce concept essentiel parce que son origine est discutée.

Identification et sublimation ne sous-entendent pas forçément désexualisation dans le deuil si celui-ci porte déjà sur des relations d'objet sublimées.

II - Le Deuil pathologique. -

- La dépression qui peut suivre un deuil dépend de la structure pré-morbide de la personnalité d'une part. Les pré-génitaux qui perdent ainsi leur "moi auxiliaire" dans l'objet sont démunis, ils introjectent l'objet à la place du moi, soumis alors à leur surmoi primitif. D'autre part, lorsque le moi est fonctionnellement débordé, c'est l'échec de la pulsion de maîtrise face à l'idéal du moi, qui entre en jeu. Les caractéristiques de cette dépression seront différentes de la précédente d'un point de vue structural.

- La manie de deuil est à considérer comme un accroissement considérable de la libido narcissique avec surinvestissement de la pulsion de maîtrise et triomphe destructeur sur l'objet. Ce qui ne résoud en rien la situation de deuil car l'objet est à nouveau détruit.

- La douleur doit accompagner un deuil et doit être acceptée, maîtrisée mais non rejetée. Dans ce cas toute la pathologie mentale peut survenir à la place de la dépression.

- Les désordres somatiques constituent une part très importante de la pathologie du deuil. Ils sont à relier à la compensation narcissique et aux troubles de l'identification.

- La pathologie de l'identification est encore très mal connue, nous avons relevé plusieurs formes d'identification pathologique, d'autres existent certainement. Ces troubles de l'identification sont étudiés dans d'autres disciplines.

- neurologie : la perception du schéma corporel en dépend : membre fantôme et asomatognosie sont des perturbations de ces identifications par lésions organiques. Un travail de F. ALVIM est particulièrement démonstratif à ce sujet (1961).

- Médecine : des identifications perturbées doivent exister dans les troubles fonctionnels et psycho-somatiques.

- Sociologie : actuellement très penchée sur l'étude de l'aliénation de l'homme.

Nous dirons que la pratique psychiatrique ne saurait se passer d'une connaissance approfondie de ces autres disciplines. Peut-être l'étude en commun des precessus d'identification permettrait-elle de relier plus étroitement ces disciplines;

III - Le deuil dans l'involution. -

- L'involution est une succession de pertes qui doivent être étudiées en fonction du deuil.

- Le refus de la reconnaissance de la nécessité, le refus de la douleur morale constituent les deux mécanismes pathogènes fondamentaux dans la sénescence.

- Le refus de la réalité de la perte conduit à l'établissement d'une relation en nostalgie à l'objet. Cette nostalgie est quête du passé, refus de l'avenir. Elle explique le fond dépressif si souvent observé chez le vieillard. Il serait intéressant d'étudier les rapports que cette relation en nostalgie peut présenter avec l'amnésie de fixation.

- Les troubles de l'identification avec somatisation sont extrêmement fréquents chez le vieillard. Ces désordres fonctionnels et psychosomatiques sont à relier au deuil pour une très grande part, en tenant compte du point de fixation narcissique entraîné par les désordres organiques lésionnels.

- Le refus de la douleur peut provoquer de "fausses démences psychogènes" qu'il est essentiel de diagnostiquer car elles sont réversibles par une thérapeutique adéquate.

Ces points sont à discuter et à vérifier par des méthodes d'investigation clinique. Nous avons vu que des examens psychanalytiques permettraient de faire avancer la compréhension du vieillard face à ces situations de deuil ; que des méthodes statistiques devraient permettre de mettre en évidence des correlations significatives entre ces deuils et les symptômes associés.

Le deuil a été considéré, jusque maintenant, comme un facteur traumatique ou comme créant des difficultés d'adaptation. Les réactions du psychisme devant un deuil étaient étudiées en fonction de situations du même ordre. Or, nous pensons avoir démontré au moins qu'il crée des mécanismes d'adaptation spécifique à travers le "travail du deuil". Négliger cette spécificité empêche la compréhension des troubles sous un aspect dynamique et économique et fait perdre l'avantage de méthodes thérapeutiques appropriées.

Nous terminerons par une phrase trouvée dans un article de DEDIEU-ANGLADE G., NOEL P., BERNARD P. (1961).

"L'étude de la répartition libidinale dans le très grand âge peut peut-être permettre de comprendre quelque chose au tableau confus de la démence sénile. Jusqu'ici les conséquences du "cerveau sénile" ont été seules prises en considération. A côté d'elles il est possible d'expliquer quelques uns des symptômes, comme des signes d'altération de la libido sénile, d'autres comme des tentatives compensatoires pour lui tenir tête".

Nous pensons qu'une étude approfondie du deuil dans l'involution irait dans ce sens. Nous ne pouvons que regretter la lacune existant sur ce sujet.

VU, le Président de thèse,

H. EZES

Vu et permis d'imprimer,
Le doyen,
Président de l'E. P. C. S. C.

H. GEOFFROY

Le 3 juin 1971.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ABELY X. et LECOMTE M.

Essai d'interprétation des réactions maniaques survenues après une émotion triste (manie après veuvage).

Ann. Med. Psych. 1938, 1 232-240.

2 - ABRAHAM K.

Perte objectable et introjection au cours du deuil normal et des états psychiques anormaux.

1924 - in : oeuvre complète II. Paris, Payot ed . 1966, 266-271.

3 - ABRAHAM K.

Essais théoriques

in : oeuvre complète II. Paris. Payot ed. 1966, 224-351

4 - ALVIM F.

Troubles de l'identification et image corporelle .

XII° congrès des psychanalystes de langue romane.

Rev. Franç. Psych. 1962, 26, 1-115.

5 - ANDERSON C.

Aspects of pathological grief and mourning.

Int. J. Psycho. Anal. 1949, 30, 48-55.

6 - BALER L. A. and GOLDE P. L.

Conjugal bereavement a strategic area of recherche in preventive psychiatric in working papers in community mental Health.

Boston Havard medical School.

7 - BARNACLE C.

Grief reactions and their treatment.

Dis. Nerv. Syst. 1949, 10 173-176.

8 - BARRY H. - LINDEMAN E.

Critical ages for maternal bereavement in psychoneuroses

Psychosom. Med. 1960, 22 166-179.

9 - BERGLER E.

Psychopathology and duration of mourning in neurotics.

J. clin. Psychopathol. 1948, 9

10 - BERNARD P. - NOEL P. DEDIEU - ANGLADE G. -

Troubles mentaux de la sénilité.

E.M.C. 2961, 37730 A 10 - A30 - A 50.

11 - BIBRING E.

The mécanism of depression

in : Affective Disorders - Greenavre ed - New York.

Int. Univ. Press. 1953.

12 - BIRTCHNELL J.

Early parent death and mental ill ness

Brit. J. Psych. 1970, 116, 532, 281-288.

13 - BIRTCHNELL J.

Recent parent death and mental ill ness

Brit. J. Psych. 1970, 116, 532, 289-297.

14 - BIRTCHNELL J.

Depression in relation to early and recent parent death.

Brit. J. Psych. 1970, 116, 532, 299-306.

15 - BIRTCHNELL J.

The relation ship between attenpted suicide de pression and parent death.

Brit. J. Psych. 1970, 116, 532, 307-313.

16 - BONAPARTE M.

L'identification d'une fille à sa mère morte.

Rev. franç. Psychanalyse 1928, 2.

17 - BONNAFOUS - SERIEUX Mme et EY H.

Maniés de veuvage.

Ann. Med. Psychol. fev. 1938, 1ère partie, 1, 225-232

18 - BOUVET

La clinique psychanalytique. La relation d'objet.

in : oeuvrescomplètes I. Payot ed. 161-225.

19 - BOWLBY J.

Processes of mouming.

Int. J. Psycho-Anal 1961, 42, 317-340.

20 - BROMBERG W. - SCHILDER P.

Death and dying.

Psycho anl. Rev. 1933, 20,

21 - CHADWICK M.

Notes upon the year of death.

Int. J. Psycho. Anal 1929, 10,

22 - CHATAGNON P. - CHATAGNON C.

Une incidence de la retraite forcée : l'autothanasie.

L'assistance aux personnes âgées.

Ann. Med. Psych. 1960, 2, 891-905.

23 - CIOMPI L.

Le vieillissement des hystériques. Etude catamnestique.

L'encephale 1966, 55, 287-335.

24 - CIOMPI L. - LAI G. P.

Depression et vieillesse : Etudes catamnestiques sur le vieillissement et la mortalité des 555 anciens partients dépressifs.

Hans Hubert ed. Berne et Stuttgart 1969, 1 - 119

25 - CIOMPI L.

L'évolution des maladies mentales préexistantes sous l'influence de la vieillesse.

Confrontations psychiatriques 1970, 5, 113-131.

26 - COBB S. - BAUER W. - WHITING I.

Environ mental factors in rheumatoid arthritis.

J. Med. Amer. Assoc. 1939, 113, 668.

27 - COBB S. - LINDEMAN E. -

Neuropsychiatric observation.

in. Symposium on Management of the cocoanut.

Grove Burns at the Massachusetts Gen. Hosp

Ann. Surg. Juin 1943, 117.

28 - COHEN M. LIPTON L.

Spontaneous remission of schizophrenic psychoses following maternal death.

Psychiat. Quart. 1950, 24,

29 - DELAY J.

Marie reactionnelle et compensation.

Ann. Med. Psych. 1943, 1, 4-5, 271-273.

30 - DEHU J.

La mort et la folie.

Bull. Soc. de thanatologie de langue franç. 1968, n° 1, 31-53.

31 - DEHU J.

Le problème de la mort chez l'homme normal

Gaz. Med. Picardie. Octobre 1967.

32 - DEUTSCH H.

Absence de douleur.

La psychanalyse des névroses. Payot ed. Paris 1970, 164-202.

33 - ELIOT T. D.

Bereavement : inevitable but not insurmountable. Family, Mariage and parenthood - Becker and Hill ed.

Boston : Heath 1948.

34 - ENGEL G.

Is grief a disease ?

Psychosom. Med. 1961, 23, 18-22.

35 - ENGEL G L

Grief and grieving.

Amer. J. Nurs. 1964. 93-98.

36 - FEIFEL H.

The meaning of death.

Mc Graw - Hill ed. New York 1959.

37 - FENICHEL O.

On compulsive doubt about news of death.

1935. in : The collected paper of otto Fenichel, first series

Norbon ed. New York 1953.

38 - FENICHEL O.

The psychoanalytic theory of neurosis.

1945. Norbon ed. New York.

39 - FINCKLE A. L. and al.

Sexual potence in aging males.

J. A. M. A. 1959, 170, 113-115.

40 - FLEMING J. - ALTSCHUL S.

Activation of mourning and growth by psycho-analysis.

Int. J. Psycho-Anal 1963, 44, 419-431.

41 - FLOURNOY O.

La sublimation.

Rev. Fr. Psychanal. 1967, 31, 1, 59-101.

42 - FREUD. A.

Le moi et les mécanismes de défense (1946)

P. U. F. ed. Paris 1967, 1-162.

43 - FREUD S.

Trois essais sur la théorie de la sexualité (1905)

Gallimard ed. Paris, coll. "Idées", 1962.

44 - FREUD S.

La création littéraire et le rêve éveillé.

In. Essais de psychanalyse appliquée.

Gallimard ed. Paris 1933, 69-82

45 - FREUD S.

Totem et tabou (1912)

Payot ed. Paris 1970, 1-185

46 - FREUD S.

Pour introduire le narcissisme (1914)

in : La vie sexuelle P. U. F. ed. Paris 1971, 81-105

47 - FREUD S.

Pulsion et destins des pulsions (1915)

in : Metapsychologie. Gallimard ed. Paris 1952. 11-44.

48 - FREUD S.

Considérations actuelles sur la guerre et la mort (1915).

in : Essais de Psychanalyse Payot ed. Paris 1970, 235-268.

49 - FREUD S.

Introduction à la psychanalyse (1916)

Payot ed. Paris 1965.

50 - FREUD S.

Deuil et mélancolie (1917)

in : Métapsychologie Gallimard ed. Paris 1969 - 147-175.

51 - FREUD S.

Au delà du principe de Plaisir (1920)

in : Essais de psychanalyse Payot ed. 1970, 7-82.

52 - FREUD S.

Psychologie collective et analyse du moi (1921)

in : Essai de psychanalyse Payot ed. 1970, 83-176.

53 - FREUD S.

Le moi et le Ça (1923)

in : Essais de psychanalyse Payot ed. 1970, 177-234.

54 - FREUD S.

L'organisation génitale infantile (1923)

in : La vie sexuelle P. U. F. ed. Paris 1971, 113-116.

55 - FREUD S.

La disparition du complexe d'oedipe (1923)

in : la vie sexuelle P. U. F. ed. Paris 1970, 117-122.

56 - FREUD S.

Inhibition, symptôme et angoisse (1926).

P. U. F. ed. Paris 1968, 1-102.

57 - FREUD S.

Le fétichisme (1927)

in : la vie sexuelle. P. U. F. ed. Paris 1971, 133-138.

58 - FREUD S.

Malaise dans la civilisation (1930)

P. U. F. ed. Paris 1971, 1-107.

59 - FREUD S.

Abrégé de psychanalyse (1938)

P. U. F. ed. Paris 1962, 1-86.

60 - FRIEDMAN J. H. - ZARIS D.

Paradoxical response to death of a spouse.

Dis. nerv. Syst. 1964, 25, 480-483.

61 - GEAH CHAN D.

Deuil et nostalgie.

Rev. Franç. psychanal. 1968, 32, 1, 39-66.

62 - GILLIBERT J.

Deuil - Mort - Même.

Rev. franç. Psychanal. 1967, 31, 1, 143-171.

63 - GREENE W. A. - MILLER G.

Psychological factors and reticulo endothelial disease.

Psychosom. Med. 1958, 20, 124.

64 - GRINBERG L.

Deux sortes de culpabilité : leurs relations avec les aspects du deuil normal et pathologique.

Rev. franç. Psychanal. 1965, 29, 2-3, 191-204.

65 - GRUNDBERGER B. -

Etude sur le narcissisme.

Revue Franç. Psychanal 1965, 29, 5-6, 573-588.

66 - HAVIGHURST R. J.

Mesure de la réussite de l'adaptation à la vieillesse.

in : C. R. congrès de Gérontologique San Francisco 1960.

67 - HARTMAN H.

La psychologie du moi et le problème de l'adaptation.

P. U. F. ed. Paris 1968.

68 - HILGARD - J. NEWMAN M.

Anniversaries in mental illness.

Psychiatry 1959, 22, 113-21.

69 - KINSEY A. C. et al.

Sexual behavior in the human male.

Philadelphia W. B. Saunders 1948.

70 - KINSEY A. C. et al.

Sexual behavior in the human female.

Philadelphia - W. B. Saunders 1948.

71-KLEIN M.

Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotio - nelle des bébés.

in : développement de la psychanalyse (1952) P. U. F. ed.

Paris, 1966, 187-222.

72-KLEIN M.

Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-depressifs (1940).

in : Essais de psychanalyse. Payot ed. Paris 1967, 341-369.

73-KRAUS A S. - LILIENFELD A. M.

Some epidemiological aspects of the hight mortality, in the young widowed group.

1959 J. Chron. Dis. 10 - 207-217.

74-KRUPP G. - KLIGFELD B. -

The bereavement reaction, a cross-cultural evaluation.

J. relig. Health. 1962., 1,

75-LAGACHE D.

Deuil maniaque.

Sem. Hop. Paris 1938, 14, 2, 42-52.

76-LAGACHE D.

Le travail du deuil. Ethnologie et psychanalyse.

Rev. Franç. Psychanal. 1938, 10, 4, 693-708.

77-LAGACHE D.

Deuil pathologique.

La psychanalyse 1956, 2, 45-74.

78 - LAGACHE D.

Deuil pathologique.

Bulletin de psychologie 1963, 16, 16, 991-1002.

79 - LAPLANCHE J. et PONTALIS J. B.

Vocabulaire de la psychanalyse.

P. U. F. ed. Paris 1968.

80 - LAI G.

Evolution psycho dynamique des patients déprimés dans la senescence.

L'évol. Psych. 1968, 1, 113-117.

81 - LEHRMAN S. R.

Réactions to untimely death.

Psychiat. Quart. 1956, 30

82 - LIDZ T.

Emotional factors in the etiology of hyperthyroidism.

Psychosom. Med. 1949, 11,

83 - LINDEMANN E.

Symptomatology and management of acute grief.

Amer. J. Psychiat. 1944, 101, 141-148.

84 - LINDEMANN E.

Psychiatric problems in the conservative treatment of ulcerative colitis.

Arch. Neurol. Psychiat. 1945, 53, 322.

85 - LINDEMANN E. et GREER I. M.

A study of grief : emotional responses to suicide.

Pastoral Psychol. 1953, 4,

86 - LIPSON C. T.

Denial and mourning.

Int. J. Psycho-Anal 1963, 44, 104-107.

87 - LOEWALD H.

Internalization, separation, mourning and the superego.

Psycho-anal. Quart. 1962, 31, 483-504.

88 - LUQUET-PARAT G. J. -

L'organisation oedipienne du stade génital.

Rev. Franç. Psychanal. 1967, 31, 5-6, 743-912.

89 - Mc DERMOTT N. T. - COBB S.

A psychiatric survey of fifty cases of bronchial asthma.

Psychosom. Med. 1939, 1, 204.

90 - MADDISSON D. and WALKER W. L.

Factors affecting the outcome of conjugual bereavement.

1967, 113, 503, 1057-1068.

91 - MARRIS P.

Widow and their family.

London : Routledge and Kegan Paul ed. 1958.

92 - MASTERS W. H. - JOHNSON V. E.

Les réactions sexuelles chez l'homme, et la femme âgés

in : les réactions sexuelles - Laffont ed. Paris 1968, 247-298.

93 - MIDDLETON W. -

Some reactions towand death among college students.

J. abnorm. soc. Psychol. 1936, 31,

94 - NACHT S.

Le narcissisme gardien de la vie.

Revue franç. Psychanalyse 1965, 29, 5-6, 529-532.

95 - PARKES C. M.

Recent bereavement as a cause of mental illness.

Brit. J. Psychiat. 1964, 110, 198-204.

96 - PARKES C. M.

Grief as an illness;

New society, 9 April 1964.

97 - PARKES C. M.

Effects of bereavement on physical and mental health.

A study of the medical records of widows.

Brit. Med. J. 1964, 2, 274-279.

98 - PARKES C. M.

Bereavement and mental illness.

Brit. J. med. Psychal. 1965, 38, 13-26.

99 - PARKES C. M.

Symposium de l'association psychiatrique mondiale.

Londres novembre 1967.

in : Documenta Geigy : l'angoisse.

100 - PARKES C. M.

The first year of Bereavement. A longitudinal study

of the reactions of London widows to the death of their husband.

Psychiat. 1970, 33, 444-467.

101 - PASCALIS G.

La notion de mort et celle de maladie dans la formation psychologique du médecin.

C. R. Congrés de psychiatrie et de neurologie de langue française - Dijon Juillet 1967.407-414.

102 - PECK M. W.

Notes on identification in a case of depression reactive to the death of a love object.

Psycho anal. Quart 1939, 8,

103 - PICHON - RIVIERE A. A. BARANGER N.

Repression du deuil et intensification des mécanismes et des angoisses schizo-paranoïdes.

Rev. Franç. Psychanal. 1959, 3, 409-421.

104 - POLLOCK G. H.

Mourning and adaptation.

Int. J. Psycho - Anal 1961, 42, 341-361.

105 - QUIDU M. - ESCOLIER J. C. - WEISS C.

Un cas de deuil pathologique différé.

Ann. Med. - psychol. 1968, 126, 4, 505-514.

106 - REBOUL H.

Vieillesse et approche de la mort.

Inform. Psychiat. 1970, 46, 7, 671-679.

107 - ROCHLIN G.

Loss and restitution.

Psycho anal. Study Child. 1953, 8,

108 - ROCHLIN G.

The loss complex . A contribution of the etiologie of depression.

J. Amer. Psycho anal. Assoc. 1959, 2, 299-316.

109 - ROSENZWEIG S.

Sibling death as a psychological experience with special reference to schizophrenia.

Psycho anal. Rev. 1943, 30

110 - ROSNER A.

Mourning before the fact.

J. Amer. Psycho anal. Assoc. 1952, 10,

111 - ROTH M.

Phobic anxiety - depersonalization syndrome.

Proc. Roy. Soc. Med. 1959, 52, 8, 587.

112 - SANDLER J. - JOFFE W. G.

A propos de la sublimation.

Rev. Franc. Psychanal. 1967, 31, 1, 3-28.

113 - SAUL L. J.

Reactions of a man to natural death.

Psycho anal. Quart. 1959, 28, 283-286.

114 - SCHMITZ B. - GREEN A.

Le deuil maniaque (à propos d'un cas).

Evol. Psychiat. 1958, 1, 105-121.

115 - SCOTT W. C. M.

Deuil et manie

Rev. Franç. Psychanal. 1965, 29, 2-3, 205-218.

116 - SHOOR M. - SPEED M.

Delinquency as a manifestation of themourning process.

Psychiat. Quart. 1963, 37, 540-548.

117 - SIGGINS L. D. -

Mourning : a critical survey of the litterature.

Int. J. Psycho-Anal 1966, 47, 14-25.

118 - STENBACK A. -

Object loss and depression

Arch. Gen of psych. 1965, 12, 2, 144-151.

119 - STERN K. PRADOS M.

Personnality studies in menopausal women

Amer. J. Psychiat. 1946,103, 358-368.

120 - STERN K. - WILLIAMS G. M. - PRADOS M.

Grief reactions in later life.

Amer J. Psychiat. 1951, 108, 189-293.

121 - STERN K. - LARIVIERE A.

Obs ervations psychiatriques sur le deuil.

Union Med. Canada 1957, 86, 10, 1082-1087.

122 - STOPPA R. et coll.

Propos de Geronto-chirurgie.

Maroc medical, mai- juin 1968, 48, 513-514, 356-367.

123 - TOROK M.

Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis.

Rev. Franç. Psychanal. 1968, 32, 4, 715-733.

124 - TOWNSEND P.

La famille des personnes âgées. Une enquête à East End.

Routledge and Kegan ed. London. 1967.

125 - VEREECKEN J. S. - T. M.

Sur quelques cas de depression du démenagement.

L'encéphale 1964, 53, 614-626.

126 - VIDAL B. -

Les deuils pathologiques.

Thèse Montpellier 1958, 105 pages.

127 - VIDAL B.

Etats depressifs après deuil.

Ann. med. Psychol. 1960, 118, 4, 699-718

128 - VIDAL G. - VIDAL B. - VALERY B.

Manie du deuil.

Ann. Med. Psychal. 1962, 120, 3, 421.

129 - VOLKART E.

Bereavement and mental health.

in : Explorations in social psychiatry 1957.

Leighton, clausen end wilson ed. (New-York : Basis Books).

130 - WETMORE R J.

The role of grief in psycho-analysis.

Int. J. Psycho-Anal. 1963, 44, 97-103.

131- WRETMARK G. A.

A study of grief réaction.

Acta Psychiat. Neurol. 1959, suppl. 136, 292-299.

132 - YAMA MOTO J. OKONOGI K., IWASAKI T., YOSHIMURA J.

Mourning in Japan AM. J. Psychiat.

1969, 125, 12, 1660-1665.

133 - YOUNG M. - BENJAMIN. - WALLIS

The mortality of widowers.

Lancet 1963, 31, 454-456.

134 - ZILBOORG G.

Fear of death?

Psycho anal quart. 1943, 12.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
LA RELATION D'OBJET	6
- Freud	
- Abraham	
- Mélanie Klein	
- Maurice Bouvet	
- Luquet - Parat	
- Conclusion	
LE DEUIL	28
- Freud	
- Abraham	
- Mélanie Klein	
- Autres travaux psychanalytiques	
- Essai de synthèse personnelle	
- En résumé	
L'ETUDE CLINIQUE DU DEUIL	74
- Affections pathologiques bien définies	
- Réactions pathogènes du deuil normal	
- Le deuil normal	
- Conclusion	
INCIDENCES DU DEUIL DANS L'INVOLUTION	94
- Dépression et involution	
- Etude des relations objectales dans l'involution	

- Relation deuil - Perte de relation d'objet 95
- Le travail du deuil dans l'involution
- L'article de K. STERN, G. M. WILLIANS, P. PRADOS
- Conclusion

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES 128

- Considérations générales
- Thérapeutique préventive du deuil
- Traitement du deuil constitué dans l'involution

FORMULATION D'HYPOTHESES DE TRAVAIL 137

CONCLUSION GENERALE 145

BIBLIOGRAPHIE I